Die

Ovariotomie bei Greisinnen.

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

KAISER-WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

LUDWIG SPANIER.

Strassburg i. E.
Buchdruckerei von M. DuMont-Schauberg.
1890.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. W. A. Freund.**

Seiner teuren Mutter

und dem Andenken

seines unvergesslichen Vaters.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542727_0031

Seitdem durch Listers unsterbliches Verdienst dem Messer des Chirurgen fast jede Schranke hinweggeräumt, seit Entzündung und Wundfieber, die früher so sehr gefürchteten Folgen jeder Operation, in den chirurgischen Kliniken fast zur Seltenheit geworden sind, verstummten auch die letzten Widersprüche und Einwendungen gegen eine Operation, welche schon Jahrzehnte lang vor der antiseptischen Zeit unter den erfahrensten und kühnsten Chirurgen zur Discussion gestanden hatte und von den einen schon damals als vollkommen legitime Radicalbehandlung aufs Angelegentlichste empfohlen, von den andern als „chirurgisches Wagstück" nur für die allerextremsten Fälle für indiciert gehalten war — die Ovariotomie.[1]) Und wie durch die enormen Fortschritte der allgemeinen Chirurgie und der speciellen Technik die Prognose der Ovariotomie zu einer ausserordentlich günstigen sich gestaltete, und die Furcht vor der Eröffnung der Bauchhöhle und Freilegung der Därme als unbegründet sich erwies,[2]) so

---

[1]) Es sei hier bemerkt, dass der Ruhm, das Listersche Verfahren zuerst für die Ovariotomie, i. e. für das Peritoneum angewendet zu haben, vorwiegend den deutschen Operateuren gebührt (cfr. Olshausen in Volkmanns Samml. klin. Vortr. Nr. 111), durch deren grossartige Erfolge erst später Spencer Wells sich veranlasst sah, gleichfalls unter dem Schutze der Asepsis zu operieren (cfr. auch Spencer Wells, ibidem Nr. 148—150).

[2]) Spencer Wells schreibt in seinem Werke „die Diagnose und chirurg. Behandl. der Unterleibsgeschwülste", übers. von v. Vragassy, Wien 1886, pag. 133: „Wir alle hatten zu jener Zeit eine allzu übertriebene Scheu, das Peritoneum zu berühren; niemand hatte eine klare Vorstellung von seiner Toleranz, und alles, was nicht in seiner Natur lag, wurde als schädlich betrachtet etc."

wurden im Laufe der Jahre durch die unablässigen Bemühungen genialer Chirurgen weitere Operationen per laparotomiam ausgebildet, die nunmehr weniger lange als die Ovariotomie auf ihre Legitimität zu warten hatten und heute zur Radicalbehandlung sowohl chirurgischer, als auch speciell gynaekologischer Erkrankungen, wobei ich hier ganz besonders an die Uterusmyome denke, in grosser Zahl und in segensreichster Weise ausgeführt werden. Aber während bei der Exstirpation diese letzteren, bei der Myomotomie die Indicationen relativ eng begrenzt sind, indem einerseits die Myome nach dem Charakter der gutartigen Geschwülste meist nur langsam und ohne jemals zu metastasieren sich vergrössern und daher nur bei hochgradigen Beschwerden und schweren, das Leben bedrohenden Complicationen entfernt werden, andrerseits der Exstirpation mancher Myome so grosse Schwierigkeiten sich entgegensetzen können, dass die Myomotomie von vornherein als unausführbar erscheinen, und man mit der symptomatischen Behandlung sich begnügen muss — sind im Gegensatze dazu bei der ältern „Schwesteroperation", der Ovariotomie, die Indicationen sehr weitgehende. Denn weder darf man der, bei nur einigermassen grossen Ovarialcysten beinahe stets trügerischen Hoffnung auf geringes Fortschreiten oder Stillstand im Wachstum sich hingeben, noch auch werden kaum jemals bei der Untersuchung von vornherein so grosse Schwierigkeiten für die Operation sich nachweisen lassen, dass letztere aus diesem Grunde ganz unterbleibt, und einmal begonnen, wird sie sich, wenn auch manchmal mit sehr grossen Schwierigkeiten, fast immer zu Ende führen lassen. Dagegen spielt das Alter bei Abwägung der Indicationen für eine Myomotomie nur selten eine Rolle, denn die Uterusmyome entwickeln sich nur bei geschlechtsreifen Individuen und selten vor dem 20. bis

25. Lebensjahre, wachsen eine Zeit lang langsam weiter, um dann meist mit dem, oftmals freilich nicht unbeträchtlich hinausgeschobenen Klimakterium oder auch schon früher unter Verschwinden der eventuellen früheren Blutungen und sonstigen Complicationen stabil zu bleiben, ja sogar mit der senilen Involution der Sexualorgane nicht unbeträchtliche Verkleinerungen, Induration etc. erkennen zu lassen. Es wird also nach dem oben Gesagten die Exstirpation der Uterusmyome im Allgemeinen nur für das mittlere (geschlechtsreife) Lebensalter in Betracht zu ziehen sein, wogegen die Eierstocksgeschwülste, wenn auch vorwiegend im gleichen Alter, so doch auch gar nicht sehr selten sowohl in der frühsten Jugend vor dem Auftreten der Menstruation, [1]) als auch im hohen Alter nach dem Eintreten der Menopause und senilen Involution zur Entwicklung und klinischen Beobachtung kommen. In beiden Fällen ist schon wiederholt die Operation vorgenommen worden, und im Folgenden werden wir auf die specielleren Gesichtspunkte des letzteren derselben, auf die Indicationen und Contraindicationen, sowie die Prognose der Ovariotomie bei Greisinnen näher eingehen.

Hohes Alter an sich ist im Allgemeinen nicht als Gegenindication der Operation zu betrachten, und wohl jeder Operateur, der auf eine grössere Reihe von Ovariotomien zurückblicken kann, wird Fälle aufzählen können, wo er diese Operation an Greisinnen vorgenommen hat; Schröder [2]) giebt sogar an, alte Frauen von 79 und 80 Jahren noch ovariotomiert zu haben.

---

[1]) Fälle dieser Art beschreibt Olshausen in seinen „Krankheiten der Ovarien", Cap. XVI. (Lief. 58 der Deutschen Chirurg. v. Billroth-Lücke, Stuttgart 1886).

[2]) „Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane", 7. Aufl. Leipzig 1886.

Unter den 115 ersten Ovariotomien von Spencer Wells[1]) findet sich nur eine, die hierher gehört, und die wir kurz anführen wollen. Im Fall 61 handelt es sich um eine 61jährige Frau, die 6 Kinder geboren hat und von Wells im Jahre 1863 wegen einer grossen multiloculären Ovarialcyste operiert wurde. Es heisst schon damals bei Abwägung der Indicationen: „Es war deutlich, dass die Ovariotomie hier die einzige Hülfe wäre, und da die Kranke guten Mutes war, und die allgemeine Gesundheit noch ungebrochen, so ward beschlossen, dass ihr Alter keine hinreichende Gegenindication gegen den Versuch, sie zu kurieren, sei.“ Die durch die Grösse des Tumors und die festen Adhaesionen beträchtlich erschwerte Operation wurde gut zu Ende geführt, aber nicht ohne dass einige Reste der Cyste am Coecum und der Blase wegen zu fester Adhaesionen zurückgelassen werden mussten. Die Wunde heilte, und Patientin erholte sich von der Operation gut, starb aber 4 Monate später infolge bedeutender Carcinomentwicklung in der linken und rechten Ovarialgegend, die von den zurückgebliebenen Cystenresten ausgegangen war. Die Operation und Heilung an sich verlief also gut, und dass die Patientin später an der Entwickelung eines Carcinoms zu Grunde ging, kann für unsere Betrachtung gar nicht ins Gewicht fallen; denn das frühere oder spätere Auftreten von Carcinomen nach Exstirpation von Ovarialkystomen, deren Malignität sich weder bei der klinischen noch bei der anatomischen Untersuchung hatte feststellen lassen, gehört durchaus nicht zu den grossen Seltenheiten und wird sogar vorwiegend bei jungen Individuen — besonders im vierten Decennium[2]) — beobachtet. Finden sich doch unter

[1]) „Die Krankheiten der Ovarien, ihre Diagnose und Behandlung“, übersetzt von Küchenmeister, Leipzig 1866.

[2]) Olshausen, l. c. Cap. XLIV.

den erwähnten 115 Fällen Wells' noch drei weitere, die das illustrieren, nämlich Nr. 3, wo bei einer 33jährigen Patientin nach 9 1/2 Monaten, Nr. 63, wo bei einer Frau von 38 Jahren nach 3 Monaten und Nr. 111, wo bei einer 45jährigen Patientin nach 6 Wochen Krebs sich nachweisen liess und bald zum Exitus letalis führte. Es muss zwar zugegeben werden, dass zu der Zeit, wo die citierten Operationen ausgeführt wurden, Wells noch kein sehr grosses Gewicht auf die anatomische Untersuchung der exstirpierten Tumoren legte,[1]) indessen ist es bei dem epithelialen Charakter der Ovarialkystome ganz wohl denkbar, dass von ihnen aus, auch wenn anatomisch noch nichts von Malignität nachgewiesen werden konnte, Carcinom sich entwickelt, sei es, dass ein Teil der Cyste, der zurückgelassen werden musste, sei es, dass lebensfähige Zellen epithelialen Ursprungs, die bei der Operation oder auch schon vorher von dem Tumor in die Bauchhöhle ausgestreut wurden, als Ausgangspunkt der malignen Neubildung anzusehen sind.

Wenden wir uns nun zu der vielumstrittenen Frage, wie man bei den als bösartig diagnosticierten Geschwülsten der Ovarien sich zu verhalten hat, so ist es heute wohl allgemein anerkannt, dass man dieselben unbedingt und bald exstirpieren muss, wenn sich noch gar keine oder nur sehr geringe Metastasen in der Nachbarschaft nachweisen lassen; die oftmals sehr grosse Schwierigkeit und Unsicherheit in der Diagnose der Malignität in diesen wenig vorgeschrittenen Fällen lässt die Operation um so mehr gerechtfertigt erscheinen. Dagegen sind die Ansichten der Autoren, ob man auch bei sehr ausgebreiteten Metastasen und bedeutender Kachexie operieren soll, noch jetzt sehr geteilt. Bevor

[1]) Er sagt das selbst, l. c. pag. 168.

wir auf diesen Punkt näher eingehen, sei bemerkt, dass die Greisinnen auch in der Beurteilung der Ovariotomie nach dieser Hinsicht durchaus keine Sonderstellung vor jüngeren Patientinnen einnehmen, dass ferner speciell die Ovarialcarcinome durchaus nicht ausschliesslich oder auch nur vorwiegend im gereifteren Alter auftreten, sondern vielmehr bei jugendlichen Individuen, im dritten Decennium und selbst noch vor dem 20. Lebensjahre in einer sehr grossen Procentzahl aller Fälle beobachtet werden. — Während nun Olshausen an vier Fällen[1]) die schlechten Chancen bei Exstirpation von Carcinomen mit Metastasen zu beweisen sucht, und in seinen „Krankheiten der Ovarien“ [2]) ausdrücklich sagt: „Sind zahlreiche Metastasen auf dem Bauchfell oder Netz oder gar den Därmen vorhanden, so wird niemand mehr eine Exstirpation auch nur des ovariellen Tumors befürworten“, eine Ansicht, der mit fast noch grösserer Reserviertheit Kaltenbach[3]) sich anschliesst — hebt Spencer Wells[4]) die vielen günstigen Erfolge hervor, die auch bei krebsigen Geschwülsten durch deren Entfernung noch erzielt wurden, und rät deswegen, „stets nur mit äusserster Vorsicht“ von der Operation Abstand zu nehmen. Da schlug zum ersten Male Cohn[5]) vor, bei allen Fällen, „wo nicht von vornherein die Möglichkeit einer Ausführung der Operation fehlt“ (damit will er wohl die Fälle ausnehmen, wo die Metastasen schon bei der bimanuellen Untersuchung als sehr bedeutend anzusprechen sind, und die Kachexie der Patientin sehr gross ist), die Explorativincision zu machen, der man dann eventuell die Exstirpation anschliessen

[1]) „Klinische Beiträge zur Gynaekologie und Geburtshülfe“, Stuttgart 1884.

[2]) pag. 439.

[3]) Hegar und Kaltenbach „Die operative Gynaekologie“, Stuttgart 1881, pag. 217 ff.

[4]) „Die Diagnose etc.“ (1886), pag. 177—178.

[5]) Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie XII. pag. 33.

könne; und Schroeder, der die Exstirpation unbedingt verwirft, wenn nicht mehr alle Metastasen radical entfernt werden können[1]), empfiehlt diese Incision für alle Fälle[2]), da hierdurch nicht nur die Patientinnen psychisch beruhigt, sondern auch ihre Beschwerden durch Ablassen des Ascites für einige Zeit gelindert würden.

Dem gegenüber nun beweist Scheele[3]) an zwei, von Herrn Prof. Freund exstirpierten bösartigen Ovarialtumoren mit grossartigen Metastasen im Douglas, an Peritoneum und Darm — einem doppelseitigen Carcinoma[4]) und einem doppelseitigen Papilloma ovarii —, dass sowohl die Laparatomie unter allen Umständen indiciert ist, aber auch zweitens die gleichzeitige Entfernung dieser schon weit verbreiteten Geschwülste mit allen exstirpierbaren Metastasen einen relativ sehr guten Erfolg giebt und daher vollkommen gerechtfertigt ist. Denn die Heilung der Wunde erfolgte trotz der zurückgelassenen Metastasen prima intentione, und die Reconvalescenz verlief ungestört; ferner erholten sich beide Frauen, die vor der Operation sehr decrepide und anämisch waren, und deren eine vorher über sehr heftige Schmerzen klagte, nach der Operation zusehends, und bei der einen traten erst nach 5 Monaten „eines erträglichen Daseins" die unvermeidlichen Recidive auf, während die andere noch nach 8 Monaten ein durchaus vorzügliches Befinden zeigte und ihrer schweren Arbeit ohne alle Beschwerden obliegen konnte[5]). Die Operationen waren zwar sehr schwierige — sie dauerten

1) l. c. pag. 421 und 440.

2) Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, XII. pag. 441—442.

3) Diss. inaug. (Freund), Strassburg 1889.

4) Bei einer 61jährigen Greisin, cfr. unten pag. 43 u. 44.

5) Einer freundlichen Mitteilung des Herrn Dr. Freund zufolge, kann ich berichten, dass die Person Ende 1889, über zwei Jahre nach der Operation, noch lebte und gesund war! Die anatomische Diagnose war auf Kystoma papillare proliferum carcinomatosum gestellt worden!

2 resp. 2 1/4 Stunden —, sie zeigen aber doch, wie berechtigt man ist, selbst in so desolaten Fällen den Patientinnen noch die Wohlthat der Operation zu erweisen, die allein es ermöglichen kann, ihr trauriges Lebensende um mehr oder weniger lange Zeit hinauszuschieben.

In allerneuester Zeit erst hat auch Herr H. Freund[1]) an umfänglicherem Material die grossen Erfolge nachgewiesen, die hier noch durch die Laparotomie und Exstirpation zu erzielen sind. Er geht von dem Gedanken aus, dass es weniger der bösartige Tumor als solcher ist, der so schnell den Exitus letalis bei seinen unglücklichen Besitzern verschuldet, als vielmehr einerseits eine, lebenswichtige Functionen beeinträchtigende Lokalisation desselben, andrerseits die durch den Tumor hervorgerufenen secundären Störungen, und weist darauf hin, dass z. B. bei einem grossen Pyloruskrebs, der vorher sehr ominöse Erscheinungen gemacht und eine bedeutende Consumption veranlasst hatte, ein Patient noch relativ lange weiterleben kann, wenn durch die Gastroenterostomie die Stenose des Verdauungskanals, die eigentliche Ursache der bisherigen Leiden, beseitigt worden ist. Ebenso verhält es sich auch mit den malignen Ovarientumoren, ebenso ist also auch hier die Operation indiciert und von demjenigen Erfolge gekrönt, den man von ihr unter den obwaltenden Umständen füglich erwarten kann. Denn, so argumentiert Freund weiter, es ist der Ascites, der Hydrothorax und das Oedem, es ist die Dyspnoe, Albuminurie und Verdauungsstörung, welche die Patientinnen eines so schrecklichen, langsamen Todes sterben lassen, und nicht ist dieser aufzuhalten durch symptomatische Be-

[1]) „Ueber die Behandlung bösartiger Eierstocksgeschwülste" in der Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie, Band XVII, Heft 1, 1889.

handlung oder eine einfache Punction des Ascites, die den letzteren niemals radical entfernen kann und daher nur von sehr vorübergehender Wirkung ist — während eine Laparotomie mit Entfernung aller exstirpierbaren Tumormassen und ausgiebigster Säuberung der Peritonealhöhle die Patientinnen auf längere Zeit, selbst über 1 Jahr lang, von ihren Beschwerden befreit und ihr späteres unvermeidliches Ende zu einem schnelleren und weniger qualvollen macht. — Die Operation selbst bietet unter den heute üblichen Cautelen und der ausgezeichneten Technik, wenn auch grössere Schwierigkeiten für den Operateur — er muss auf Darmresectionen u. s. w. stets gefasst sein —, so doch keine wesentlich grösseren Gefahren für die Patientin als unter einfacheren Verhältnissen, und von sämtlichen aufgeführten Fällen endete nur einer infolge Lungenembolie letal.

Noch zwei Punkte, die uns an dieser Stelle interessieren, will ich aus der citierten Arbeit anführen, dass nämlich erstens nach Freunds Beobachtungen das Ovarialsarkom gar nicht die Malignität besitzt, die ihm gewöhnlich vindiciert wird, und dass zweitens die bei der bimanuellen Untersuchung meist constatierten Tumormassen im Douglas, auf welche die Diagnose der Metastasierung vorwiegend gestützt zu werden pflegt, gar nicht immer als Metastasen zu betrachten sind, besonders wenn der Tumor hoch über dem Douglas'schen Raume oder gar schon oberhalb des kleinen Beckens sich befindet. Es sind das vielmehr sehr häufig abgebröckelte und in den Douglas herabgefallene Stückchen der Geschwulst, die nicht mehr lebensfähig sind, sondern nur nach Art gewöhnlicher Fremdkörper reactive Entzündung erregen und sich „implantieren", ohne sich zu vergrössern oder weiter zu metastasieren, die also ihre bisherige Bedeutung in keiner Weise verdienen. Wir

können daher auch Winckel [1]) nicht beistimmen, der zwar bei Ovarialcarcinomen noch die Laparotomie vornimmt und die Entfernung nur des ovariellen Tumors befürwortet, wenn dieselbe leicht ist — ein freilich etwas unbestimmter Begriff —, der aber den Nachweis von Knoten im Douglas'schen Raume als ein „ganz bestimmt" contraindicierendes Moment betrachtet und in diesen Fällen nur die symptomatische Behandlung angewendet wissen will.

Was die Grösse der Tumoren anlangt, so wird man jede grössere Geschwulst, wenn sie, wie das in der grossen Mehrzahl aller Fälle zutrifft, weiter wächst, auch im höchsten Alter noch exstirpieren und so den sonst sehr trüben Lebensabend der Patientin zu einem angenehmeren zu gestalten suchen. — Hat man es dagegen mit einer grossen, selbst sehr grossen Geschwulst bei einer hochbetagten Patientin zu thun, die schon seit Jahren keine Erscheinungen mehr macht und nur minimal oder gar nicht wächst — ein Fall, der bei den Ovarialkystomen freilich viel seltener zur Beobachtung kommen wird, als bei den Uterusmyomen —, so wird man sich nicht so leicht zur Operation entschliessen. Denn der ganze Organismus einer alten Frau, die schon Jahre oder Jahrzehnte lang einen grossen Tumor in abdomine mit sich herumträgt, hat sich im Laufe der Zeit so vollkommen an die ihm aufgebürdete Last gewöhnt, hat die allmählich entstandenen abnormen Gleichgewichts-, Spannungs- und Circulationsverhältnisse so gut compensiert, dass eine Operation in diesem Falle meistens unratsam erscheinen dürfte, zumal da hierdurch auch der Kranken selbst plötzlich grosse Veränderungen im Gang, der Haltung der Wirbelsäule etc. zugemuthet werden müssten, welche sie in ihrem hohen Alter nur

1) Lehrbuch der Frauenkrankheiten, Leipzig 1886, pag. 685.

mühsam zustande bringen kann. Treten natürlich bei einem solchen alten Tumor heftige Beschwerden oder sogar acute Erscheinungen auf, z. B. Eiterung oder dergl., wodurch eine Ovariotomie ganz im Allgemeinen dringend indiciert erscheint, so ist auch hier die Operation das einzige und durchaus notwendige Mittel zur radicalen Heilung.

Kommt ein kleiner Ovarientumor bei einer Greisin frühzeitig zur ärztlichen Beobachtung, so wird man auch hier beim Fehlen lebhafter Beschwerden, und wenn der Tumor nicht zu rapide wächst, es sich von vornherein auch nicht um einen malignen Tumor zu handeln scheint, ein exspectatives Verfahren dem sofortigen chirurgischen Eingriffe vorziehen; man wird aber andernfalls oder gar beim Eintreten von lebensgefährlichen Complicationen, bei Stieltorsionen mit ihren möglichen bösen Folgeerscheinungen u. s. w., unverzüglich zur Operation schreiten, die das schwer bedrohte Leben der alten Frau noch um Jahre verlängern kann.

Was nun die Würdigung des Allgemeinzustandes bei Greisinnen mit Ovarialtumoren betrifft, so wird man selbst durch einen nicht allzu hochgradigen Marasmus nicht von einer im Uebrigen für indiciert anzusehenden Operation sich abhalten lassen; denn oftmals rührt der ganze Kräfteverfall von der durch den Tumor hervorgerufenen bedeutenden Consumption her (facies ovarica Spencer Wells'), jedenfalls aber wird stets in der Exstirpation der Geschwulst die erste und Hauptbedingung für eine Aufbesserung der Ernährung und des Kräftezustandes gegeben sein. Es kann daher in gewisser Beziehung ein bestehender Marasmus geradezu eine zur Operation auffordernde Indication abgeben, und man wird oft genug Gelegenheit haben, die überraschend günstige Wirkung der Operation nach dieser Richtung hin zu beobachten. Ein ausgesprochener Marasmus senilis freilich ist nach

Kaltenbach [1]) als Contraindication für die Operation zu betrachten.

Complicierende chronische Krankheiten werden im Greisenalter nur selten noch zu beobachten sein und müssen gegebenen Falles ebenso beurteilt werden, wie bei allen andern Ovariatumoren. Wenn nämlich die Geschwulst selbst die Operation für indiciert erscheinen lässt, so wird eine chronische Erkrankung — besonders kommt natürlich die Phtisis pulmonum in Betracht — nur dann eine Contraindication abgeben, wenn der letale Exitus infolge derselben in Kürze zu erwarten ist, und eine solch' eingreifende Operation daher als unthunlich erscheinen muss. Ist aber der Kräftezustand noch einigermassen befriedigend, und anzunehmen, dass der Patientin noch eine Spanne Zeit zu leben vergönnt ist, so ist kein Grund vorhanden, durch die Exstirpation eines Tumors, der lebhafte Beschwerden verursacht und den letzten Rest der Lebensfreude vielleicht verkümmert, nicht den bedauernswerten Zustand einer Greisin nach Möglichkeit aufzubessern.

Von den acuten Erkrankungen haben wir die durch den Tumor selbst hervorgerufenen acuten Erscheinungen schon genügend gewürdigt, und es sei hier nochmals betont, dass die bereits vor mehreren Decennien von Th. Keith, W. A. Freund und G. Veit aufgestellte Indication für die Operation bei acut eingetretener Cysteneiterung und Peritonitis, die in diesen verzweifelten Fällen oft noch Staunen erregende Resultate liefert und speciell im ersteren Falle die infolge der Eiterung erhöhte Körpertemperatur schon wenige Stunden nach der Operation um mehrere Grade herabsetzen kann, — im vollsten Maasse auch für die Ovarialkystome der Greisinnen aufrecht zu erhalten ist.

---

[1]) Hegar und K., l. c., pag. 218.

Im Übrigen wird man, wenn keine sehr dringende Indicationen vorliegen, die acuten Krankheiten und die Reconvalescenz erst ablaufen lassen, bevor man zur Operation schreitet. Zu ganz besonderer Vorsicht bei hochbejahrten Individuen mahnt Olshausen[1]), wenn irgend eine Lungenaffection, selbst nur ein einfacher Katarrh der Luftwege, vorliegt, indem er erstens den Husten nach der Operation fürchtet, welcher zu Schmerzen und Erbrechen Veranlassung geben und die genaue Heilung der Wunde beeinträchtigen kann, und zweitens schon selbst aus einem einfachen Bronchialkatarrh nach der Operation schwere Lungenentzündung, die ja bei alten Individuen ganz besonders zu fürchten ist, hat entstehen sehen. Diese Pneumonie kann auch sonst noch den verschiedensten Ursachen zuzuschreiben sein: Infolge der Operation kann aus den stark erweiterten und mit Thromben besetzten Venen der untern Körperhälfte eine Embolie der Lungenarterien, mit darauf folgender Infarcierung und Nekrose des Lungengewebes und reactiver Entzündung sich entwickeln; oder es hat während der Narkose eine Aspiration von Mundflüssigkeit in die Luftwege stattgefunden und die Bronchopneumonie hervorgerufen; und ferner können auch die Chloroformdämpfe selbst entzündlich reizend auf das Lungengewebe einwirken, besonders wenn bei Gasbeleuchtung operiert wird, und sie sich, wie in neuester Zeit nachgewiesen ist, mit den Bestandteilen des Leuchtgases zu einem die Gewebe äusserst stark irritierenden gasförmigen Körper verbinden. Vielleicht ist die von Olshausen vor der Operation häufig constatierte leichte Bronchitis nur als die Disposition zu betrachten, auf Grund deren dann infolge Einwirkung einer der beiden letztgenannten Ursachen nach der Operation eine Pneumonie um so leichter sich hat entwickeln können. Schliesslich ist

1) „Krankheiten etc.“, Cap. XLV.

auch noch die Möglichkeit einer Erkältungspneumonie nach der durch die Operation notwendig gewesenen Entblössung der Patientin zuzugeben.

Hat man sich nunmehr nach genauer Abwägung aller Indicationen und Contraindicationen entschlossen, die Ovariotomie bei einer Greisin vorzunehmen, so wird die Prognose durch das Alter der Patientin kaum wesentlich anders sich gestalten, als in entsprechenden Fällen bei jüngern Individuen. So sind unter 200 Fällen von antiseptisch ausgeführten und eine Mortalität von 10,5 Procent aufweisenden Ovariotomien Olshausens[1]) 10 an mehr als 60 Jahre alten Individuen ausgeführt worden, und zwar mit dem Erfolge, dass eine Patientin 3 Tage post operat. an Septicämie und eine zweite 7 Tage nach der Entfernung eines Recidivs[2]) an Inanition zu Grunde ging, die übrigen aber glatt genasen und sich zum Teil noch eine gute Spanne Zeit des Lebens und der Gesundheit erfreuen konnten. Ja, Spencer Wells[3]) giebt sogar an, unter seinen ersten 1000 Ovariotomien für die 45 an Individuen von 60 bis 70 Jahren vorgenommenen nur 17,77 Procent Mortalität gehabt zu haben, während er für die 708 im Alter von 25 bis 40 und 45 bis 60 Jahren Operierten eine Mortalität von 26,41, für das Alter von 40 bis 45 Jahren bei 118 Operationen eine solche von 16,94 Procent, d. h. also für sämtliche 826 im Alter von 25 bis 60 Jahren vollzogenen Ovariotomien 25,06 Procent Mortalität zu verzeichnen hat; er operierte dann noch 2 Kranke von über 70 Jahren, von denen eine der Operation erlag. Um die Höhe der obigen Procentzahlen zu erklären, muss ich hinzufügen, dass diese 1000 Ovariotomien in dem Zeitraum von 1858 bis 1880 ausgeführt wurden, also

[1]) „Beiträge etc.“

[2]) Cfr. unten pag. 21.

[3]) „Diagn. u. chirurg. Behandlung etc.“ pag. 175—176.

zum grossen Teil in einer Zeit, zu welcher diese Operation erst ausgebildet wurde, und ihre Prognose noch eine recht schlechte war[1]). Trotzdem lassen sich die angegebenen Zahlen natürlich in eine Beziehung zu einander bringen und ergeben das überraschende Resultat, dass Wells bei Greisinnen eine fast um ein Dritteil geringere Mortalität erzielt hat, als bei Patientinnen mittleren Alters, was freilich zum Teil wohl davon herrührt, dass er bei dem hohen Alter der Patientinnen die zur Operation geeigneten mit grösserer Vorsicht als sonst sich ausgewählt haben wird. Die von Herrn Prof. Freund in der Strassburger Universitätsklinik in letzter Zeit ausgeführten Ovariotomien an alten Individuen weisen keinen einzigen Todesfall auf, obwohl es sich nicht nur um einfache Fälle handelte, sondern zum Teil unter sehr schwierigen Verhältnissen und ungünstigen Auspicien operiert wurde. Wir haben darauf weiter unten noch ausführlich zurückzukommen.

Im Übrigen ist der allgemeinen Prognose der Ovariotomie Specielleres für unsere Betrachtung kaum noch hinzuzufügen[2]). Psychosen, besonders maniakalische Zustände mit Hallucinationen, treten bisweilen, und vielleicht etwas häufiger bei alten Individuen[3]), nach einer so eingreifenden Operation auf, besonders wenn die Patientinnen einen grösseren Blutverlust bei derselben zu erleiden gehabt hatten. Sie erfordern ausser guter Pflege, absoluter Ruhe und Vermeidung alles dessen, was die Patientinnen aufregen könnte, keine weitere Behandlung und gehen meist nach längerer oder kürzerer Zeit von selbst wieder vorüber.

[1]) Die ersten 100 Ovariotomien (Februar 1858 bis Juni 1864) endeten in 34, dagegen die letzten 100 (Juni 1878 bis Juni 1880) nur in 11 Fällen tötlich (cfr. l. c. pag. 144).

[2]) Über Carcinomenentwickelung nach Exstirpation gutartiger Tumoren, sowie über die Prognose der bösartigen, cfr. oben pag. 8 u. ff.

[3]) Cfr. unten Fall 2.

Ob böse Zufälle oder plötzlicher Tod während oder bald nach der Operation infolge von Herzschwäche oder Herzlähmung relativ öfter bei alten Individuen als bei jungen eintritt, wie nach theoretischen Überlegungen[1]) wegen der ursächlichen und im Greisenalter häufigeren Herzmuskelatrophie zu erwarten wäre, vermag ich wegen Mangels an Material nicht festzustellen.

Natürlich erfordert die geringere Elasticität des Alters im Ausgleichen solch gewichtiger Eingriffe — zumal wenn noch ein immerhin ernst zu beurteilender Marasmus vorhanden ist — stets eine besondere Sorgfalt in der Vorbereitung zur Operation und in der Nachbehandlung, während die Ausführung der Operation an sich keine wesentlichen Besonderheiten bei Greisinnen bietet.

Hat es sich um Exstirpation eines schon längere Zeit bestandenen, sehr grossen Tumors gehandelt, so wird man den aseptischen Occlusivverband, welcher zuerst stets unter gehöriger Polsterung mit Touren um den ganzen Leib — nicht nur mit einfachen Heftpflasterstreifen — angelegt werden muss, noch besonders durch eine elastische Flanellbinde zu einem recht festen machen. Denn der senile Schwund der Bauchmuskeln und des Zwerchfells ist noch um ein Beträchtliches vermehrt durch die infolge der hochgradigen Spannung und der dadurch bedingten Inaktivität der Muskeln veranlasste Atrophie; die Muskeln werden daher nicht mehr imstande sein, in der stark ausgedehnten und nunmehr eines sehr grossen Teiles ihres vorherigen Inhalts beraubten Leibeshöhle das Gleichgewicht zu erhalten, und eine Druckerniedrigung wird sich in derselben einstellen, die so gross werden kann, dass eine kolossale Hyperämie der Bauchgefässe, die bekanntlich Hirnanämie im Gefolge

[1]) Cfr. M. Hofmeier in der Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynaekol. Band XI, 1885, pag. 366 u. ff., sowie unten pag. 23 u. 24.

hat, und selbst beträchtliche Haemorrhagie aus den überfüllten Gefässen eintritt. Dieser Übelstand wird möglichst beseitigt durch den festen, elastischen Verband, durch welchen der Inhalt der Bauchhöhle wieder unter einen gewissen positiven Druck gesetzt, die Aspiration von inficierenden Stoffen in die Harnblase verhindert, und den Bauchmuskeln ein Stützpunkt für das Zustandekommen der Bauchpresse verschafft wird, sowie dem Zwerchfell ein solches für seine Contractionen zur inspiratorischen Erweiterung des Thorax. Nach Exstirpation äusserst voluminöser Tumoren, infolge deren die Mm. recti stark diastatisch und die Haut sehr ausgedehnt und verdünnt geworden war, sah aus den angeführten Gründen Hegar[1]) sich sogar veranlasst, breite Streifen aus der „überschüssigen“ Bauchhaut zu excidieren.

Auch doppelseitige Ovariotomie kann nötigen Falles noch bei Greisinnen vorgenommen werden[2]), und schon Dutoit[3]) führt eine von Erichson in London im Jahre 1860 an einer 63jährigen Frau vollzogene Ovariotomia duplex an, bei welcher rechts ein solider, links ein multiloculärer Tumor, beide mit vielen Adhaesionen, entfernt wurde; am 5. Tage p. o. freilich erfolgte Exitus letalis durch Peritonitis. Unter den oben[4]) angeführten 9 Fällen Olshausens befinden sich zwei, wo beide Ovarien entfernt wurden. Beide Patientinnen von 69 resp. 64 Jahren genasen glatt; jedoch traten bei der einen nach vier Monaten Recidive auf, die zu einer zweiten Operation nötigten; am 7. Tage nach derselben starb Patientin infolge Inanition.

1) H. u. Kaltenbach, l. c., pag. 273.

2) V. unten Fall 5 und 6.

3) „Die Ovariotomie in England, Deutschland und Frankreich“, Würzburg 1864. Tab. A. III. β Nr. 101.

4) Pag. 18.

Die von Schroeder[1]) für die Entfernung gutartiger Ovarientumoren bei jungen Mädchen und Frauen vorgeschlagene „Excision“ mit Erhaltung der gesunden Teile des Ovariums, wodurch er die Patientinnen vor der Sterilität zu bewahren suchen will, kommt natürlich für unsere Fälle gar nicht in Betracht und würde hier, um Schroeders eigene Worte zu gebrauchen, „eine unnötige Künstelei“ sein.

Was nun die Vorbereitung zur Ovariotomie anlangt, so beginnt dieselbe in der Strassburger Klinik 5 bis 6 Tage vor der Operation, indem durch tägliche Verabreichung von Pulv. Liquir. compos. und Kal. chlor. der Darmkanal der Patientinnen gereinigt und desinficiert, sowie durch geeignete Diät, Vermeidung von Kohlehydraten und Obst, Flatulenz und copiöse Fäcalbildung zu verhüten gesucht wird.

Ferner müssen die Patientinnen das Urinieren in der Rückenlage üben, damit der Gebrauch des Katheters nach der Operation möglichst eingeschränkt wird, und die Patientinnen permanent in der ruhigen Bettlage verharren können. Es wird dadurch nicht nur eine ungestörte Heilung ermöglicht und das Zustandekommen der Lungenembolien von den meist stark erweiterten Venen des Plexus utero-vaginalis und der untern Extremität thunlichst hintangehalten, sondern auch speciell das Auftreten der Cystitis erschwert, die jedenfalls öfter durch unreine Katheter entsteht als durch Aspiration von Luft und Zersetzung erregenden Stoffen in die nach der Operation unter geringerem Drucke stehende Harnblase[2]).

Die Narkose wird man bei dem hohen Alter der Patientinnen und den daraus erwachsenden Gefahren mit grösster Vorsicht einleiten, sie auch durch vorherige

[1]) Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynaekol., Band XI., 1885. pag. 358 u. ff.
[2]) Vid. Lubarsch, Diss. inaug. (Freund) Strassburg 1884.

Morphiuminjection erleichtern, damit dadurch die Menge des verbrauchten Chloroforms verringert und das Auftreten des recht unangenehmen Chloroformerbrechens unwahrscheinlicher gemacht wird. Spencer Wells[1]) wendet statt des Chloroforms seit längerer Zeit ausschliesslich das Chlormethyl an, von welchem er glaubt, dass es während der Narkose vor jedem bösen Zufall weit sicherer als das Chloroform schütze und nach derselben nur sehr selten Erbrechen hervorrufe; indessen hat es trotz seines grossen Protectors das Chloroform nicht zu verdrängen vermocht.

Bei der Nachbehandlung hat man ganz besonders Obacht zu geben auf die Heilung der Wunde prima intentione, da ja für den Organismus einer alten Frau Eiterung und Wundfieber eine noch viel ernstere Prognose bietet, als für junge, kräftige Personen, und weil die durch den altersstarren Thorax und oft noch durch seniles Emphysem in ihrer Function behinderten Lungen, sowie Herz und Gefässapparat, die wohl gleichfalls stets senile Veränderungen aufweisen werden, weit weniger geeignet sind, den Ansturm eines heftigen Fiebers auszuhalten. Denn die durch das Alter an diesen Organen hervorgerufene Arteriosklerose und braune Herzatrophie summiert sich oftmals mit den durch den Tumor direkt, und bei etwaigem Marasmus indirekt an ihnen veranlassten pathologischen Veränderungen. Dass nämlich langdauernder Marasmus und Herabsetzung in der Ernährung nächst hohem Alter das häufigste aetiologische Moment für die braune Herzdegeneration ausmachen, ist längst bekannt. Aber auch durch den Tumor selbst wird, wie zuerst M. Hofmeier[2]) hervorgehoben hat, diese pathologische Veränderung des Herzmuskels gefördert, indem es durch die „vermehrte Arbeitsleistung"

1) „Diagnose etc." pag. 188 u. 189.

2) l. c.

und „die andauernde Beschränkung, welche der Blutumlauf erfährt“, zur „Abnützung und Degeneration“ desselben kommt, so dass er „auf die Dauer den gestellten Anforderungen nicht mehr zu genügen“ vermag. Und unter den obwaltenden Umständen, bei dem Alter und der Consumption der Patientinnen, kann natürlich eine compensatorische Hypertrophie des Herzens nicht mehr erwartet werden. Diese Insufficienz ist, wie gesagt, im stande, durch das Eintreten von Fieber oder einer sonstigen Störung besonders leicht in sehr fataler Weise sich geltend zu machen.

Den festen Verband wird man bei normalem Verlaufe ungefähr 10 bis 12 Tage liegen lassen, da erst jetzt die Bauchwunde so fest vernarbt ist, dass eine Erhöhung des intraabdominellen Druckes, wie sie bei der Defäcation, beim Niesen etc. statt hat, nicht mehr ein Aufplatzen der Wunde befürchten zu lassen braucht.

Auch in der ausserchirurgischen Nachbehandlung, besonders in der Diät, Defäcation und Urinentleerung, wird man alle Vorsichtsmassregeln, welche im Laufe der Zeit als feststehende sich eingebürgert haben und in Paragraphen geordnet nebst andern Winken für die Ovariotomie von Dr. Mayer[1]) „in Form einer Instruction“ zusammengestellt sind, in ausgiebigster Weise und unter Berücksichtigung aller Indicationen zur Anwendung kommen lassen. Speciell will ich noch erwähnen, dass die Urinentleerung, welche in der ersten Zeit nach der Operation infolge der oben[2]) erwähnten, veränderten Druckverhältnisse in abdomine meistens nicht spontan erfolgt, unter allen Cautelen per Katheter vorgenommen werden muss, so oft Harndrang bei den Patientinnen eintritt. Recht häufig stellen sich aus demselben Grunde auch Blähungen ein, welche durch den entstehenden

[1]) Charitéannalen, Band VII; v. auch Lubarsch, l. c.

[2]) Pag. 20.

Meteorismus nicht ohne Gefahr für die glatte Heilung und recht belästigend für die Patientinnen sind; durch ein warmes Klysma, und in hartnäckigeren Fällen durch das Einführen eines elastischen Katheters in anum werden sie meist schnell beseitigt. Ebenso ist der Stuhl die ersten Tage p. o. sehr häufig angehalten; ein am dritten oder vierten Tage gesetzter warmer Einlauf oder event. ein Esslöffel ol. Ricini leistet auch hier fast immer gute Dienste.

In neuester Zeit hat Faucourt Barnes [1]) in der Annahme, dass an der welken Haut alter Individuen leichter als bei jüngeren Decubitus sich einstellt, den Vorschlag gemacht, die Patientinnen nach der Operation nicht die permanente Rückenlage einnehmen zu lassen, sondern abwechselnd auch auf die rechte und linke Seite zu legen.

Der Merkwürdigkeit halber sei hier eine Operation Atlees [2]) angeführt, durch die er noch in vorantiseptischer Zeit einer 61jährigen Frau, O — para, einen 17½ Pfund schweren multiloculären Tumor exstirpierte, dessen sehr gefährlicher Stiel mit dem Ecraseur getrennt und in die Bauchhöhle versenkt wurde. Die Wunde heilte per prim. int., die Nähte wurden am siebenten Tage entfernt, und am zehnten Tage nach der Operation ritt die vollkommen Genesene nach Hause. Wenn auch solche Parforce-Leistungen von einzelnen Patientinnen glücklich überstanden werden, so wird man sich dadurch doch nicht in der strengen Handhabung einer äusserst vorsichtigen, rationellen Nachbehandlung beirren lassen, durch welche die Operierten während eines Zeitraumes von wenigstens 2½ bis 3 Wochen, marastische Individuen noch länger, unter Aufsicht des Arztes vor allen Schädlichkeiten möglichst bewahrt werden.

1) Centralblatt für Gynaekologie, XII. Jahrg., 1888. Nr. 45.
2) Dutoit, l. c., Tab. A. IV. α. No. 59.

Sehr zu empfehlen ist den Patientinnen, besonders nach der Entfernung grösserer Tumoren, längere Zeit, und unter Umständen auch Jahre lang, eine fest anschliessende Leibbinde zu tragen, sowohl wegen der für das Anlegen des elastischen Wundverbandes massgebenden Gründe [1]), als auch, weil dadurch die Diastase der Mm. recti und Bauchhernie verhütet wird.

Findet keine glatte Heilung statt, treten starke Nachblutungen, fieberhafte Wundkrankheiten oder dergl. nach der Operation auf, so wird die an sich meist schon sehr trübe Prognose bei dem hohen Alter der Patientin noch ernster zu stellen sein. Man hat in diesen Fällen nach den im Allgemeinen hierfür gültigen Maassregeln sich zu verhalten [2]), doch werden dann die Bemühungen des Arztes nur selten noch mit Erfolg gekrönt sein.

Nachdem wir somit die Ovariotomie als eine auch für das höchste Greisenalter in den meisten Fällen noch vollkommen gerechtfertigte und aussichtsvolle Operation kennen gelernt haben, werde ich die in den letzten Jahren in der Strassburger Universitätsfrauenklinik vorgenommenen im Folgenden mitteilen.

Erster Fall.

Magdalene **Burger**, 66 J. alt, Arbeiterin, unverheiratet.

Tag der **Aufnahme** in die Klinik: 24. Aug. 1888.

Anamnese: Der Vater der Patientin starb 60 J. alt an einer Hernie; die Mutter, etwa 40 J. alt, und eine Schwester, 12 J. alt, beide an Phthisis. Zwei Brüder sind gesund.

Kinderkrankheiten behauptet Patientin nicht durchgemacht zu haben. Die Periode trat im Alter von 20 J. auf, war regelmässig alle vier Wochen und sehr blutig; es stellten sich jedesmal am 3. Tage derselben heftige Schmerzen im Unterleib ein, die 5 bis 6 Stunden

[1]) V. oben pag. 20.

[2]) Näheres hierüber vid. Olshausen, „Krankheiten etc." Cap. XLIII.

andauerten. Im Alter von etwa 39 J. hörte die Regel auf. Seitdem hat sich Patientin stets schwach gefühlt und das erste Jahr nach der Menopause nicht arbeiten können, ist jedoch nie zu Bette gelegen. Darauf hat sie wieder stets ihre schwere Arbeit auf dem Felde verrichtet. Vor zwei Jahren bemerkte Patientin eine mässige Anschwellung des Leibes, die sie jedoch nicht am Arbeiten hinderte; zugleich damit stellte sich ein heftiges Hungergefühl ein, so dass sie stets in der Nacht noch ein grosses Stück Brod essen musste. Sie hat damals auf Verordnung des Arztes nach und nach 4 Schoppen Chinawein ausgetrunken. — Im letzten Winter nahm die Schwellung des Leibes zu, während der übrige Körper abmagerte, und Patientin sich sehr schwach fühlte, so dass sie 2 Monate lang die Arbeit einstellen musste. Im Frühjahr nahm sie die Feldarbeit wieder auf und hat dieselbe bis vor etwa 7 Wochen beibehalten. Dann musste sie wegen Schmerzen im Leib und im Rücken zu arbeiten aufhören; der Arzt verordnete ihr wieder Chinawein. Am 24. Aug. 1888 kam sie wegen Zunahme ihrer Beschwerden ins Spital.

Status præsens. Patientin ist kräftiger Statur, Fettpolster schlecht entwickelt, Haut und Schleimhäute blass. Zunge feucht, etwas belegt. Keine Dyspnoe; kein Fieber. Vordere Lungengrenze ist rechts unten am obern Rande der V. Rippe; hintere Lungengrenze beiderseits an der X. Rippe. Obere Herzgrenze am obern Rande der IV. Rippe: nach rechts am linken Sternalrande; nach links innerhalb der Mamillarlinie. Spitzenstoss im V. Intercostalraum innerhalb der Mamillarlinie. Herztöne rein. Ueber den Lungen allenthalben vesiculäres Atmen; nur hinten unten beiderseits einige trockene Rasselgeräusche.

Abdomen stark aufgetrieben, überall dumpfer Percussionsschall, nur an den oberen Stellen etwas tympanitischer Beiklang. An allen Stellen deutlich Fluctuation nachzuweisen. An dem rechten Hypochondrium scheint bei Palpation eine diffuse höckrige Resistenz zu bestehen; diese Resistenz erstreckt sich am untern Rippenrand von der rechten Axillar- bis zur Mamillarlinie. Milz scheint percussorisch nicht vergrössert zu sein. Stuhl angehalten. Urin sauer, kein Eiweiss, specifisches Gewicht 1020.

28. VIII. **Punction** des Ascites. Entleerung von 9 Litern ganz klarer Flüssigkeit, specifisches Gewicht derselben 1015, Eiweissgehalt 5 Procent. Während der Punction ergiebt sich, dass die oben (im Status) beschriebene Resistenz von rechts oben nach links unten wandert. Nach der Punction ist sie, 2 Finger links vom Nabel entfernt, als ein etwa faustgrosser Tumor zu palpieren. Ausserdem be-

steht, in diesen derben Tumor übergehend und bis ins rechte Hypochondrium hineinreichend, eine mehr elastische Resistenz, deutlich Fluctuation zeigend.

17. XI. Die Patientin wird auf die **gynækologische** Klinik verlegt.

18. XI. **Untersuchung in Narkose**, letztere bleibt ungestört. Vagina eng, ziemlich lang, nicht besonders secernierend. Portio konisch, nicht eingerissen, sieht mit dem grübchenförmigen Mund nach vorn. Uterus etwas eleviert, leicht nach hinten gelegen, verunstaltet durch zahlreiche subseröse Myome, in seiner Wandung verdickt, beweglich. Douglas und Parametrien sind frei. Ein normales Ovarium nirgends zu fühlen. Während in Rückenlage eine Verbindung des Tumors mit dem Uterus nirgends nachweisbar ist, fühlt man bei der Untersuchung in Suspension der Patientin deutlich einen langen, vom Ligament gebildeten, membranösen Stiel sich anspannen [1]; derselbe geht von der rechten Uteruskante zum Tumor.

Diagnose: Gestielter Tumor, ob Myom, ob Tumor ovarii bleibt unentschieden.

Vom 23. XI. an wird Patientin in üblicher Weise [2] zur Operation vorbereitet.

28. XI. **Operation.** Temperatur vor derselben 36°,4. — 0,01 Morphium, Chloroformnarkose; letztere bleibt ungestört. — Schnitt in der Linea alba vom Nabel bis zwei Querfinger über die Symphyse. Bauchdecken mässig fettreich, schlaff, sehr unbedeutend blutend. Peritoneum normal, dünn. Kein Ascites. Tumor, ein gewöhnliches Polykystoma ovarii dextri, ist nur mit **einer** querfingerbreiten Verwachsung am Peritoneum der vorderen Bauchwand adhaerent — diese wird unterbunden und durchtrennt. Punction des Tumors liefert etwa 5 Liter gewöhnliche Ovarialflüssigkeit. Stiel dünn, sehr breit, so dass vier an einander gelegte Unterbindungen nötig sind. Er wird gebildet von der Tube, den Ligg. ovarii und latum. Nach Abtragung des Tumors entsteht keine Blutung. Stumpf wird verkohlt, mit Sublimat desinficiert, versenkt. Uterus, retrovertiert, hat alte, nicht grosse, subseröse Myome. Ovarium sinistr. klein, ganz atrophisch. Schluss; Verband. — Dauer der Operation 25 Minuten.

Anatomische Diagnose (30. XI.): Cystovarium, ohne Besonderheiten.

[1] Diese zuerst von Herrn Prof. Freund angegebene Untersuchungsmethode in suspenso corpore der Patientin leistete also auch hier vortreffliche Dienste.

[2] v. oben pag. 22.

Reconvalescenz. 28. XI., Nachmittags 4 Uhr. Kein Erbrechen, Puls kräftig, regelmässig, 88. Temperatur 36°,8.

29. XI. Gutes objektives Befinden. Puls morgens 84, abends 88; kräftig. Temperatur morgens 37°,0, abends 37°,5. — Patientin ist ziemlich unruhig; entschieden etwas blödsinnig, wie auch früher schon. — Kein Erbrechen. Abdomen weich. Urin per Katheter.

30. XI. Status idem. Gegen Mittag zweimaliges Erbrechen. Puls m. 98, a. 104. Temperatur m. 37°,0, a. 36°,9. Da Blähungen nicht abgehen, ein Einlauf, worauf erst der Urin spontan, und später Flatus abgehen.

1. XII. Nachts ohne Morphium geruht; gutes Befinden. Puls 94. Temperatur m. 37°,1, a. 37°,5.

5. XII. Ganz fieberloser Verlauf. Drang zum Stuhl; auf Einlauf und Glycerin aber kein Erfolg. Temperatur m. 36°,6, a. 36°,8.

7. XII. Gestern copiöser, mässig fester Stuhlgang. Sehr gutes Befinden. Heute Entfernung der Drähte; **prima Reunio**. Temperatur m. 36°,8, a. 37°,6.

10. XII. Patientin steht auf. Temperatur m. 36°,7, a. 37°,1.

17. XII. Entlassung.

In diesem Falle handelte es sich also um ein einfaches Polykystoma ovarii bei einer Patientin, die durch den im Laufe von beiläufig 2 Jahren gewachsenen Tumor schon recht angegriffen und schwach geworden war. Die Operation, bei der nur eine einzige, leicht zugängliche Adhäsion mit dem Messer getrennt werden musste, verursachte fast gar keine Blutung und dauerte 25 Minuten. Der Stumpf wurde verkohlt und versenkt.

Die Reconvalescenz verlief ohne jede Störung, nur trat am zweiten Tage nach der Operation Erbrechen ein, das wohl noch auf die Wirkung des Chloroforms zu beziehen ist. Die Heilung der Wunde erfolgte per primam intentionem. — Die Frau lebte noch Ende 1889 und befand sich wohl.

Zweiter Fall.

Elisabeth **Wendenbaum**, 78 J. alt, Pfründnerin im Bürgerspital in Strassburg.

Tag der **Aufnahme** in die Klinik: 8. Juli 1889.

Anamnese: Pat. stammt aus gesunder Familie; zwei Brüder von ihr leben noch.

Sie wurde zuerst im 16. Lebensjahre menstruiert; die Periode war regelmässig und ohne grosse Schmerzen. Sie hat einmal geboren — einen Sohn, der noch lebt und 47 J. alt ist. Nach Verlust der Regel, der in ihrem 38. Lebensjahre eintrat, bekam sie „weissen Fluss", der aber nach einigen Jahren wieder aufhörte. Patientin will stets gesund gewesen sein; nur wurde ihr vor 2 Jahren ein Gewächs — Epitheliom — rechts neben der Nase operiert. — Im August des vorigen Jahres hat sie zuerst eine stärkere Anschwellung des Leibes bemerkt, die nach der Aussage des Arztes zuerst im Epigastrium aufgetreten sein soll und seit der Zeit beständig zunahm. Dabei bestanden Urinbeschwerden und Stuhlverstopfung; katheterisirt wurde nur einmal bei einer vorgenommenen Untersuchung. Schmerzen bestanden bei dem Wachsen des Bauchumfanges nicht, nur bei hartnäckiger Stuhlverstopfung traten sie vorübergehend auf.

Status præsens: Patientin, eine für ihr Alter noch ziemlich rüstige Greisin, kommt wegen Wachsen des Leibes und Schmerzhaftigkeit zur Klinik. Temperatur normal. Puls regelmässig, etwas klein, 92. Arterien stark geschlängelt, sklerotisch. Haut welk. Brust und Bauch mit zahlreichen kleinen Angiomen besäet. Mässige Varicen der Schenkel; keine Oedeme. Thorax starr, bedeutendes Altersemphysem, so dass Herz und Leber fast ganz verschwunden sind. Bronchitis chronica mässigen Grades. Skelet ganz normal. Beim Aufsitzen und Gehen ziemliches Zittern der Extremitäten. Pleura frei. Iugulum eingesunken; kein Struma.

Abdomen gleichmässig und sehr bedeutend ausgedehnt; Umfang 101 cm. Nabel verstrichen, genau in der Mitte des Bauches. Handbreit unter dem Processus xiphoides beginnt eine absolute Dämpfung, die den ganzen Bauch bis tief in die Lumbalgegend einnimmt. Abdomen fluctuiert ziemlich stark, deutlich Ascitesfigur und -Dämpfung. Handbreit über der Symphyse fühlt man sehr nahe unter der sehr dünnen Bauchhaut einen leistenartigen, sehr harten, nicht abzugrenzenden Tumor, der nicht beweglich ist und die Patientin sehr schmerzt. Rauhigkeiten und Adhæsionen sind nicht nachzuweisen. Leber ist hoch in die Höhe gedrückt, kaum nachweisbar. Urin spontan, kann durchaus nicht in Rückenlage ausgeschieden werden und enthält eine Spur Eiweiss, — specifisches Gewicht 1020. Stuhl reichlich auf Curella. Patientin schläft sehr viel. — Innere Untersuchung soll in Narkose gemacht werden.

Vom 13. Sept. ab wird Patientin in gewöhnlicher Weise zur Operation vorbereitet.

16. VII. **Untersuchung in Narkose,** letztere bleibt ungestört; Temperatur vor derselben 36°,0. — Vagina altersatrophisch. Portio kurz, hart. Uterus zäh, atrophisch, ziemlich beweglich, liegt nach rechts hinten. Von seiner rechten Kante fühlt man die Ligamente gespannt gegen den Tumor hinziehen.

Diagnose: Tumor ovarii dextri.

Operation wird sofort angeschlossen. Schnitt vom Nabel bis 3 Querfinger über die Symphyse. Bauchdecken dünn, wenig fett- und blutreich. Peritoneum chronisch verdickt, entleert beim Anschneiden nicht viel klaren Ascites und ist mit dem cystischen, über Mannskopf grossen Tumor ausgedehnt und fest verwachsen. Nach stumpfer Lösung der Adhæsionen an der vorderen Bauchwand wird die Cyste punctiert und entleert viele Liter gelbbrauner Flüssigkeit — specifisches Gewicht derselben 1024, mässig viel Eiweiss. Tumor wird eventriert, er ist einkammrig. Als Stiel fungiert die entfaltete, halbhandbreite Ala vespertilionis, in der der Tumor (Parovarialcyste) entwickelt ist. Die rechte Tube, stark ausgezogen und hyperämisch, verläuft an der vorderen Fläche des Tumors bis zu einer fast handbreiten, anscheinend wandständigen Verdickung des oberen Tumorabschnittes, die sich später als das fibrös degenerierte Ovarium dextrum entpuppt. Der Stiel wird vierfach unterbunden; dann erst werden die letzten, sehr festen Adhæsionen der hinteren Bauchwand stumpf gelöst und der Tumor entfernt. Stiel verkohlt, desinficiert, versenkt. Ovarium sinistrum ist ganz klein, atrophisch, länglich. Tuba sinistra trägt eine kirschgrosse Hydatide, welche angestochen und mit einer Ligatur vernäht wird. — Toilette der Bauchhöhle; Schluss; Verband.

Anatomische Diagnose des Herrn Prof. v. Recklinghausen: Flimmercyste. Die feste Masse ist reines Fibrom.

Rekonvalescenz. 16. VII., Nachmittags 4 Uhr. Sehr gutes Befinden, kein Erbrechen. Puls regelmässig, 94. Temperatur 37°,0. Urin per Katheter, sehr reichlich.

17. VII. Patientin hat mit 0,01 Morphium einige Stunden gut geschlafen und ist heute ruhig und ohne besondere Beschwerden. Gebrochen hat sie gar nicht; sie erhält daher heute schon Kaffee, Wein. Puls kräftig, regelmässig, 100. Temperatur 37°,4.

Nachmittags 5 Uhr. Patientin ist etwas schwächer als bisher. Auf 20 Schläge setzt der sonst ruhige Puls (104) einmal aus. Temperatur 37°,9. — Ordin. Weinklysma — dasselbe geht abends mit Blähungen ab.

18. VII. Patientin schlief gut bis gegen 2 Uhr. Um diese Zeit erhob sie sich plötzlich, stieg aus dem Bette, ergriff den Nachttopf

und urinierte! Ueble Folgen hat das Aufstehen in keiner Weise gehabt. Puls setzt nicht aus, morgens 98, abends 114. Temperatur morgens 36°,9, Abends 37°,0.

19. VII. Gestern Nachmittag um 4 Uhr klagte Patientin über im Leibe herumziehende Schmerzen und erbrach einmal gewöhnliche Schleimmassen. Nachdem Blähungen reichlich abgegangen, verschwanden die Beschwerden. Patientin erhält Xeres, Extrabouillon mit Fleichgelée, Milch, Kaffee. Puls 94. Temperatur morgens 36°,9, abends 37°,1.

21. VII. Andauernd gutes Befinden. Drang zum Stuhl, der auf einen Camilleneinlauf abgeht. — Patientin ist heute Nachmittag geistig aufgeregt, nachdem der Hausgeistliche bei ihr gewesen. Sie will von ihm und seinen Lehren nichts wissen, behauptet, er und die Spitalschwestern wollten sie quälen und giebt an, sie habe heute das ganze Spital im Ringelspiel vor sich vorbeiziehen sehen. — Sie bekommt starken Wein. — Temperatur morgens 36°,7, abends 37°,1. Abends Beruhigung. Patientin schläft die ganze Nacht ohne Narcotica.

22. VII. Normales körperliches und geistiges Verhalten. Temperatur morgens 36°,8, abends 37°,0.

24. VII. Auf einen Einlauf drei copiöse, zum Teil harte Stühle. Geistig normales Verhalten. Temperatur morgens 36°,7, abends 36°,8.

26. VII. Erster Verbandwechsel. Verband ganz trocken. Alle Nähte können entfernt werden. **Prima reunio.** Bauch eingesunken, tympanitisch, nicht empfindlich. Temperatur morgens 36°,9, abends 37°,0.

30. VII. Pat. befindet sich durchaus normal. Sie verlässt für einige Stunden das Bett, ist rüstiger beim Umhergehen als manche andere Frau in derselben Lage, dabei geistig aufgeräumt und sehr dankbar. Temperatur morgens 36°,8, abends 37°,0.

2. VIII. Nachdem Patientin ohne Zwischenfall genesen, wird sie heute zur völligen Erholung ins Rekonvalescentenhaus Lovisa geschickt. — Keine Klagen. Narbe fest; Abdomen eingesunken, nirgends schmerzhaft. Temperatur 36°,7. — Im Becken nichts Abnormes.

Hier haben wir die gewiss recht seltene Complication einer Parovarialcyste mit einem gleichseitigen Ovarienfibrom; die Operation selbst, bei einer verhältnismässig noch rüstigen Frau verlief ohne Besonderheiten und mit nur geringer Blutung. Die Adhaesionen an der vorderen und hinteren Bauchwand, die zum Teil sehr fest waren, wurden stumpf gelöst, der Stiel verkohlt und versenkt.

Ebenso war die Reconvalescenz eine gute und vollkommen fieberfreie. Vorübergehend wurde die Patientin etwas von Blähungen geplagt; doch ist das ganz ohne Belang und auch die nächtliche Excursion der Alten in der zweiten Nacht nach der Operation hatte keine Nachteile für sie im Gefolge. Die schnell vorübergehende Aufgeregtheit und Hallucination müssen wir wohl als Folge der Operation auffassen[1]), ist aber ganz bedeutungslos. — Die Frau lebte noch im December 1889 und befand sich vollkommen wohl.

Dritter Fall.

Marie **Kellenberger**, 63 J. alt, Stickerin, verheiratet und geschieden, von Strassburg.

Tag der **Aufnahme** in die Klinik: 23. Aug. 1886.

Anamnese: Eltern der Patientin starben beide in den fünfziger Jahren, der Vater nach langem Magenleiden, die Mutter an Ascites. Der einzige Bruder der Patientin wurde nur 7 Monate alt; er starb plötzlich, angeblich an Gehirnschlag.

Patientin war als Kind stets gesund. Sie wurde zum ersten Male menstruirt mit 14 Jahren; die Regel kam alle 4 Wochen, war nicht profus und dauerte 3 bis 4 Tage. Mit 36 Jahren verheiratete sich Patientin; sie machte 4 Geburten durch, welche alle in bester Weise verliefen — nur während der Schwangerschaft litt sie beständig an Ueblichkeit und Appetitlosigkeit. Von den 4 Kindern leben 2 (27 resp. 23 J. alt) und sind gesund; die beiden andern starben sehr bald nach ihrer Geburt, es waren sehr schwächliche Kinder. Ausserdem machte Patientin drei fausses couches, welche ohne Schaden für sie verliefen. Als Ursache dafür giebt Patientin den vielen häuslichen Zwist und die schlechte Behandlung von Seiten ihres Mannes an. Letzterer lebte später viel für sich, endlich kam es zur gerichtlichen Scheidung, und nunmehr ist derselbe wieder verheiratet und hat zwei lebende Kinder. — Vor 25 Jahren schon, während Patientin schwanger war, merkte sie, dass die Gebärmutter sich etwas senkte. Sie gieng deshalb zu einem Frauenarzt, der ihr Binden um den Leib und über den Damm verordnete, worauf Patientin sich wiederhergestellt fühlte. Von da ab wiederholten sich die nämlichen Beschwerden

[1]) Cfr. oben pag. 19.

noch einige Male im Laufe der Jahre, schwanden aber immer bald wieder, wenn Patientin sich in obiger Weise behandelte. — Vor circa 1½ Jahren begannen die jetzigen Beschwerden. Patientin bekam wegen Prolapsus von einem Arzte einen Ring eingelegt, welcher ihre Beschwerden bald verminderte, so dass sie in 6 Wochen vollständig gehoben waren. Ausserdem bekam Patientin Ausspülungen verordnet. Trotz der Heilung behielt sie ihren Ring. — Mit dem 48. Lebensjahre hatte die Patientin die Regel verloren. Von dieser Zeit ab litt sie des öftern zeitweise an Krämpfen, welche sich, vom Magen beginnend, über den ganzen Unterleib ausdehnten; Patientin behauptet, sehr durch dieselben gelitten zu haben. Seit Einlegen des Ringes hatten diese Krämpfe vollständig aufgehört. Schon in dieser Zeit nun bemerkte Patientin, dass ihr Leib etwas an Umfang zunahm, liess sich aber leicht beruhigen, da ihr derselbe durchaus keine Beschwerden weiter machte. Vorige Woche kam Patientin, da ihr von einer Bekannten geraten worden war, sich in der Universitätsfrauenklinik untersuchen zu lassen, in die Poliklinik derselben, ohne indessen von irgend welchen Beschwerden von Seiten ihres Unterleibes dazu sich veranlasst zu fühlen. Es wird ein gestielter Tumor constatiert, und Patientin betreffs Operation desselben aufgenommen.

25. VIII. **Status praesens:** Patientin ist eine grosse, magere, aber rüstige Frau, die keine Schmerzen klagt, aber wegen des andauernden Wachsens ihres Leibes besorgt ist. Temperatur nicht erhöht. Puls klein, 92, regelmässig. Etwas Schachtelton über den Lungen und sehr verschärftes Vesiculäratmen ohne Rasseln. Lungengrenzen normal. Rechte Herzgrenze befindet sich in der Mitte des Sternums, die obere an der IV. Rippe. Spitzenstoss schwach, am normalen Orte fühlbar; Herztöne rein. Keine Oedeme. Stuhl angehalten; Urin klar, enthält eine Spur Eiweiss, specifisches Gewicht 1022.

Abdomen sehr stark vorgewölbt durch einen aus dem Becken aufsteigenden, cystischen Tumor, der bis an den Rippenbogen ragt, prall gespannt ist, mit ganz glatter Oberfläche und deutlich fluctuirt. Ueber ihm allenthalben absolute Dämpfung; oberhalb und seitlich Darmschall. Bauchhaut ziemlich stark braun pigmentirt, besonders in der Linea alba, zeigt mehrere gestielte Warzen und sehr zahlreiche Striae. Bauchdecken sonst dünn und fettarm; über dem Tumor verschiebbar; nirgends Druckempfindlichkeit. Der Nabel hat eine von oben überhängende Kappe und ist von der Basis des Processus xiphoideus 19 und von der Symphyse 23 cm entfernt. Grösster Bauchumfang 91 cm.

Innere Untersuchung: Grosse linksseitige Ovarialcyste, durch einen dünnen Stiel mit dem retrovertierten Uterus verbunden.

8. IX. 1886. Patientin wird **entlassen** und soll im October wieder kommen.

15. X. 1887. **Wiederaufnahme.** Patientin kommt wieder in die Klinik, weil der Leib bedeutend gewachsen ist, und Schmerzen in der Lebergegend aufgetreten sind. Sie sieht sehr schlecht aus, angeblich infolge eines Falles auf den Kopf mit sehr profuser Blutung. Sie zählt Finger nur auf $1^1/_2$ Schritte.

Allgemeinstatus wie früher angegeben. Keine Oedeme. Urin eiweissfrei. Abdomen erheblich gewachsen, besonders verbreitert, 97 cm grösster Umfang. Wie es scheint, ist kein Ascites, sondern eine einkammerige, grosse Cyste mit grosswelliger Fluctuation vorhanden. Bauchhaut dünn, gespannt, schwer in Falten aufzuheben. Absolute Dämpfung über dem Tumor. Keine Druckempfindlichkeit. Leber auf die Kante gestellt. — Der Prolaps ist vollständig zurückgehalten durch einen Mayerschen Ring und fällt auch nach Herausnahme des Ringes nicht vor. — Nach Anfassen der Portio mit einer Muzeux'schen Zange und Untersuchung per rectum fühlt man den Stiel, wie früher, von der linken Uteruskante ausgehen.

Vom 18. X. an wird Patientin mit Kali chlor., Curellaschem Pulver und Diät zur Operation vorbereitet.

22. X. **Operation.** Temperatur vor derselben 36°,8. — $^1/_3$ Morphium; Chloroformnarkose. Patientin gebraucht sehr wenig Chloroform und hat eine sehr ruhige, gute Narkose.

Schnitt in der Linea alba vom Nabel abwärts bis über die Symphyse. Bauchdecken sehr dünn, wenig blutreich. Nach Eröffnung der Bauchdecken liegt sofort die Cyste in der ganzen Oeffnung zu Tage. Sie wird mit 2 Haken eingehakt und mit dem Troikart punctirt; es entleeren sich etwa 4 bis 5 Liter hellgelbe klare, nicht riechende Flüssigkeit. Die uniloculäre Cyste lässt sich dann leicht herausheben, und man sieht, dass sie **rechts** an einem breiten Stiel am Ovarium aufgehängt ist. Der Uterus links hinten, ist ganz umgekerbt, weshalb man auch bei der Untersuchung den Stiel links fühlte. Der Stiel wird mit vier Nähten abgebunden, die Cyste abgeschnitten, und dann der Stiel verkohlt. Die Art. spermatica blutet nach und wird durch eine Umstechungsnath extra unterbunden. Das linke Ovarium ist stark atrophisch und um die Hälfte verkleinert. Die Bauchdecken werden mit Drahtnähten vereinigt; Toilette des Peritoneums ist nicht nötig und wird nicht ausgeführt. Verband mit Thymolgaze. — Dauer der Operation: 45 Minuten.

Anatomische Diagnose des Herrn Prof. v. Recklinghausen: Flimmercyste.

Reconvalescenz. 22. X., nachmittags 4 Uhr. Patientin hat nach der Operation nicht gebrochen, fühlt sich aber schwach. Einlauf von Bordeaux. Um 7 Uhr abends hat sie Urin selbst gelassen und um 9 Uhr bekam sie, da sie sich schwach fühlte, noch einen Einlauf von Wein. Temperatur: 37°,5. — 1/3 Spritze Morphium.

23. X. Heute befindet sich Patientin wohl, schläft auch und klagt über nichts. Sie bekommt Thee, Milch. Puls morgens 86, abends 92. Temperatur morgens 37°,3, abends 37°,6.

24. X. Patientin wird viel geplagt von Aufstossen und Blähungen und hat heute auch gebrochen. Puls morgens 90, abends 96. Temp. morgens 37°,4, abends 37°,5. Morgens und abends bekommt Patientin Einlauf von Kamillenthee. Abends war der Leib stark aufgetrieben. Das am Abend behufs Entleerung der Blähungen gemachte Kamillentheeklysma behielt Patientin bei sich und hatte erhöhte Beschwerden, so dass ein Katheter in den Anus eingeführt wurde, um die Blähungen zu entfernen (abends 7 Uhr). Es entleerten sich eine Masse Gase und der Kamillentheeeinlauf, worauf sich Patientin enorm erleichtert fühlte. Nachdem um 9 Uhr wieder eine Cautchoucröhre eingeführt wurde, schlief Patientin nach 0,01 Morphium die ganze Nacht gut.

25. X. Heute befindet sich Patientin wohl. Einlauf. Fleischbrühe, Rotwein, Vichy. Blähungen gehen von selbst ab. Puls morgens 94, abends 98. Temperatur morgens 37°,2, abends 37°,0.

27. X. Sehr gutes Allgemeinbefinden. Hunger. Da es zum Stuhl drängt, erhält Patientin einen Einlauf von Kamillenthee, worauf etwas dünner Stuhl mit zwei festen Knoten angeht. Leichte Fleischnahrung, Brühe, Wein, Thee, Milch. Puls morgens 84, abends 82. Temperatur morgens 37°,3, abends 36°,6.

28. X. Auf Einlauf wieder ein guter Stuhl. Temperatur 37°,1.

31. X. Vortreffliches Befinden. Fleischnahrung seit 3 Tagen. Heute sämtliche Nähte entfernt; Wunde trocken, ist **per prim. int.** verheilt. Temperatur morgens 36°,6, abends 37°,2.

2. XI. Patientin sitzt und ist schon einige Schritte gegangen. Vortreffliches Befinden. Temperatur morgens 37°,0, abends 37°,4.

3. XI. Patientin ist heute aufgestanden. Temperatur morgens 37°,1, abends 37°,0.

7. XI. Patientin befindet sich vortrefflich, kann gehen und hat tüchtigen Appetit. Sie soll morgen in das Reconvalescentenhaus entlassen werden. Temperatur morgens 36°,6, abends 37°,6.

2. XII. 1887. **Wiederaufnahme.** Patientin ist vor der ausbedungenen Zeit aus dem Reconvalescentenhause ausgetreten, weil sie infolge der dortigen Behandlung schwer erkrankt sein will. Die Zimmer wären so gut wie ungeheizt gewesen; da sie an Stuhlver-

stopfung gelitten, so hätte sie sich auf Geheiss der Oberschwester auf dem kalten, zugigen Abtritt eigenhändig ein Klystier setzen müssen, wobei sie sich stark erkältet habe. Dann habe der Arzt Ol. Ricini verordnet, das die Schwester in ungemessener Quantität in einen Teller mit Bouillon gegossen habe; nachdem Patientin das genossen, sei sie mit Frost, Fieber und heftigen Schmerzen im Unterleib erkrankt. Alle seien aber in die Kirche gegangen, haben sie im kalten Zimmer allein liegen lassen, und erst spät habe ihr eine Schwester einen Bettwärmer gebracht. Darauf habe sie sich abholen lassen und sei nach Hause gefahren. — Von dort schickte sie vorgestern in die Poliklinik. Man fand die Frau hoch fiebernd, mit sehr schmerzhaftem Abdomen und verordnete ihre sofortige Aufnahme in die Klinik.

Diese wurde heute bewerkstelligt. Patientin hat eine Temperatur von 38°,5 und 104 Pulse. Leicht ikterische Färbung der Haut und Conjuktiven; auch eine minime Spur Gallenfarbstoff im Harn. — Becken frei. Unterbauchgegend, ebenso Abdomen im Ganzen, hauptsächlich durch Meteorismus vorgewölbt; doch ist die Leber fast $2^1/_2$ Querfinger über den Rippenbogen hinaus vergrössert, sehr schmerzhaft und hat verdickten Rand. — Kalte Umschläge werden nicht vertragen; Kataplasmen dagegen sehr gut. Bettruhe. Blande Diät. Wegen reichlichen bronchitischen Hustens Inf. Ipecac. mit Morphium.

3. XII. Etwas besseres Befinden. Temperatur morgens 37°,4, abends 38°,2.

4. XII. Die Kataplasmen thun gut; der Husten lässt nach. Ein Einlauf war ohne Wirkung. Temp. morgens 37°,6, abends 38°,0.

5. XII. Kleiner Löffel Ol. Ricini ohne Wirkung. Leber noch schmerzhaft und gross. Temperatur morgens 37°,5, abends 38°,2.

6. XII. Auf Einlauf von Kamillenthee und 1 Löffel Ol. Ricini ein copiöser, breiiger, fast thongrauer Stuhl. Grosse Erleichterung. Temperatur morgens 37°,4, abends 38°,9. An dem rechten Leberlappen, der weniger schmerzhaft wird, ist eine Schnürfurche gut nachzuweisen. Wieder viel Husten.

7. XII. Reichlicher, blasser Stuhl. Temperatur morgens 38°,2, abends 38°,4.

20. XII. Seit dem 8. kein Fieber mehr. Leber schwillt schnell ab. Kataplasmen seit 6 Tagen weggelassen. Patientin steht auf. Temperatur morgens 36°,9, abends 37°,0. Täglich viel, gut gefärbter Stuhl.

30. XII. Patientin wird wesentlich erholt entlassen.

Da diese Patientin die Operation anfangs verweigert hatte, so wurde sie aus der Klinik entlassen; sie kam aber nach etwas mehr als einem Jahre erheblich viel schlechter aussehend wieder und wurde nunmehr von ihrem Tumor durch die Operation befreit, welche in gewöhnlicher Weise und ohne Complicationen ausgeführt werden konnte.

Die Patientin brauchte nach der Operation gar nicht katheterisiert zu werden, und die ganze Reconvalescenz verlief vollkommen fieberlos bis zu ihrer ersten Entlassung. Die am 2. Tage p. o. aufgetretenen Darmerscheinungen sind vollkommen durch die verhaltenen Blähungen zu erklären, nach deren Entfernung auch die Beschwerden schwanden. Die Heilung der Wunde erfolgte per prim. int. — Dass Patientin $6^1/_2$ Wochen nach der Operation und 4 Wochen nach ihrer Entlassung mit einem heftigen Darmkatarrh und in schwer fieberhaftem Zustande wieder aufgenommen werden musste, können wir weder ihrem Alter, noch der Operation zuschieben; denn auch ein weniger altes Individuum in der Reconvalescenz einer weniger eingreifenden chirurgischen Behandlung hätte auf die von unsrer Patientin geschilderte, ihr zu Teil gewordene Diätetik mit ähnlichen Erscheinungen reagieren müssen. Indessen erholte sie sich trotz ihres Alters unter angemessenerer Behandlung verhältnismässig schnell und erfreute sich noch Ende 1889 ungetrübten Wohlbefindens.

Vierter Fall.

Barbara **Niedhammer**, 69 Jahre alt, Schneiderswittwe von Strassburg.

Tag des **Eintritts** in die Klinik: 12. Januar 1887.

Anamnese: Keine hereditäre Belastung. — Patientin selbst war immer gesund, bis sich vor 6 Jahren ihr jetziges Leiden einstellte. Erste Menstruation mit 13 Jahren, Dauer jedesmal 8 Tage; in den ersten 2 bis 3 Tagen immer profus; keine Schmerzen; aber

von Anfang an war sie unregelmässig. Mitte der 30er Jahre dauerte die Regel nur 2 bis 3 Tage und war nicht mehr so reichlich. Mit ihrem 45. Jahre cessierte die Regel und zeigte sich nur noch selten und unregelmässig bis zu ihrem 47. Lebensjahre. Beschwerden stellten sich nie ein. Patientin hat 9 Mal geboren, 3 Kinder sind klein gestorben, 6 leben und sind gesund. Die Geburten waren alle leicht und gingen ohne ärztliche Hilfe von statten; ebenso waren die Wochenbetten normal.

Vor 6 Jahren bemerkte Patientin, dass ihre Beine und ihr Leib anschwollen, und empfand rechts am Unterleib Schmerzen. Der Arzt habe es für Wassersucht erklärt und ihr Wasser abgezapft. Indess innerhalb zwei Monaten schwoll der Leib wieder an, und Patientin begab sich in eine badische Universitätsklinik, woselbst sie sich einer Operation unterzog. Welcher Art die Operation war, weiss sie nicht; sie sah nur an der Bauchwunde später, dass ihr der Bauch eröffnet worden war. Patientin lag in der betreffenden Klinik 18 Wochen und wurde dann entlassen. Die Wunde war indess noch nicht vernarbt, und Patientin wechselte zu Hause die Verbände selbstständig; weiter. Vor 2 Jahren hat sich dann die Wunde ganz geschlossen Patientin hat bis jetzt noch immer eine Leibbinde getragen. Seit einem Jahre begann wieder eine Auftreibung des Leibes sich auszubilden, durch deren Grösse Patientin so belästigt wird, dass sie sich veranlasst sieht, die hiesige Klinik aufzusuchen. Patientin klagt über Beschwerden durch den angeschwollenen Bauch, die sich in Druck nach unten, Harn- und Stuhlbeschwerden äussern. Patientin gibt an, die Geschwulst sei immer zuerst auf der rechten Seite bemerkt worden.

14. I. **Status praesens.** Patientin ist eine für ihr Alter ungewöhnlich rüstige, im Uebrigen gesund aussehende Frau, die auch nicht über grosse Schmerzen klagt, sondern nur wegen des Dickwerdens des Leibes in die Klinik kommt. Knochenbau stark; Rippenknorpel verkalkt; Thorax etwas schmal; Wirbelsäule gerade. Becken normal geneigt; Beckenschaufeln und Symphyse nach aussen gerollt, letztere ziemlich hoch. Mässige Muskulatur und Fettpolster. Haut und Schleimhäute gut injiciert; Venektasien im Gesicht; keine Exantheme und Oedeme. Temperatur normal. Puls ziemlich voll, regelmässig, 84. Arterien etwas weit. — Mit Ausnahme eines mässigen Emphysems der Lunge zeigt sich an den Brustorganen nichts Abnormes. Zunge nicht belegt. Appetit und Schlaf gut. Stuhl in Ordnung. Urin 1017 specifisches Gewicht, neutral, klar, kein Eiweiss, kein Zucker.

Abdomen, ganz verunstaltet durch eine Hervortreibung, eine unregelmässig verzogene Narbe und eine Bauchhernie, bildet einen

mässigen Hängebauch und ist nirgends empfindlich. Epigastrium und beide Hypochondrien eingesunken, liefern tympanistischen Schall. Die Verwölbung beginnt erst handbreit unter dem Processus xiphoideus, geht beiderseits bis in die Paraxillarlinie und hängt über die Symphyse herab. Der höchste Punkt liegt 2 Querfinger über dem kaum angedeuteten Nabel, Umfang daselbst 97 cm. Bedingt ist die Hervorwölbung durch einen über Mannskopf grossen, mehrhöckrigen Tumor, der aus dem Becken aufzusteigen scheint, im Ganzen mässig beweglich ist und das Gefühl einer prallen Cyste gibt, ohne Fluctuation. Ueber ihm absolute Dämpfung. Er ist längs der, unregelmässig von rechts nach links verzogenen Narbe in der Linea alba, die beiläufig 2) cm misst, fest mit der hier sehr verdünnten Bauchwand verwachsen, während man dieselbe im Uebrigen in grossen Falten aufheben kann. Die Narbe ist in ihrem obern Drittel weiss und schmal, von da ab dunkelbraun pigmentiert, strahlig, fast 4 cm breit. An ihr Ende schliesst sich unten eine 13 cm lange, 7 cm breite horizontal verlaufende Bauchhernie an, in der Darm vorzuliegen scheint, vielleicht auch Netz; Incarcerationserscheinungen waren nie da. Im alleruntersten Teile der Bauchhaut ektasierte Venen. Die Recti sind im oberen Teil auf 7 cm. diastatisch, platt und dünn; unten nicht deutlich zu konstatieren.

Innere Untersuchung. Beide Vaginalwände schlaff, etwas prolabierend. Portio vaginalis sehr hoch stehend, kurz, etwas aufgelockert, beiderseits tief eingerissen. Cervix hinten und nach rechts seitlich ziemlich fest fixiert, während das leicht vergrösserte Corpus ziemlich beweglich nach rechts und hinten liegt. Der Tumor liegt vollständig im grossen Becken und hängt, wenn man ihn nach oben ziehen lässt, durch einen breiten, aus den Anhängen gebildeten Stiel mit der linken Uteruskante zusammen.

Patientin wird vom 13. I. ab in der üblichen Weise zur Laparotomie vorbereitet.

19. I. Briefliche Mittheilung des Universitätsprofessors, welcher Patientin vor 6 Jahren laparotomiert hatte: Es habe sich um ein, wegen ungemein ausgedehnter Adhaesionen nicht entfernbares Papillom des rechten Ovariums gehandelt. — Eine heute in **Narkose** vorgenommene Untersuchung ergiebt: Altersatrophischer, verlängerter Uterus; dicker Stiel von seiner **rechten** Seite ausgehend.

19. I. **Operation.** Temperatur vor derselben 36°,5. — Morphium 0,01; Chloroformnarkose. Letztere bleibt ungestört. — Schnitt über dem Nabel beginnend, bogenförmig links um die alte Narbe herum, von derselben etwa $1\frac{1}{2}$ cm entfernt bleibend und fast bis an die obere Haargrenze des Mons veneris. Dabei schon ziemlich erhebliche Blut-

ungen aus erweiterten Venen. Die Epigastrica wird nicht getroffen. Die Bauchdecken sind mässig fettarm, in den tiefern Schichten derb. Erst unterhalb des Nabels gelangt man ins Peritoneum, und zwar bis zum Ende des Schnittes; oberhalb bestehen grossartige Verwachsungen, die vorderhand noch unberührt bleiben. Nachdem durch Eingehen mit 2 Fingern die Ergebnisse der vorherigen Untersuchung bestätigt sind, wird der Schnitt bogenförmig auch rechts um die alte Narbe geführt. Da hier aber auch die Hernie umschnitten wird, so entsteht ein etwas grösserer Defect der Bauchwand nach links. Auch hier kommt man nur unterhalb des Nabels in das Cavum peritonei, trifft dabei die Art. epigastrica, welche sofort unterbunden wird, und löst dann die peripheren Teile des Hautlappens ab. Es gelingt nicht, durch den auf diese Weise freigelegten untern Wundabschnitt zunächst den Stiel des Tumors zu unterbinden; derselbe ist ungemein lang und dick, gebildet von der hypertrophischen, ausgezogenen rechten Tube und dem dazu gehörigen Ligamentum latum, $2^1/_2$ Mal spiralig gedreht und ganz ins rechte Hypochondrium hineingedrängt. Der Uterus ist altersatrophisch, im Corpus sehr ausgezogen und schlaff und liegt nach rechts und hinten. Das linke Lig. latum ist ganz frei; das linke Ovarium ungemein klein und atrophisch. Das rechte Ovarium ist in einen Mannskopf grossen, cystischen Tumor verwandelt, welcher ganz aus dem kleinen Becken gewandert und von oben bis auf seine untere und hintere Fläche von dem ungemein ausgezogenen, geröteten und von dicken Venen durchzogenen Omentum majus eingehüllt ist. Dieses ist hinten mit ihm und vorn mit der Bauchwand aufs Festeste verwachsen. Ungemein ausgebreitete und feste, zum Teil narbige Adhäsionen verbinden den Tumor mit dem Peritoneum parietale, in der Linea alba untrennbar; ferner mit dem Colon transversum und descendens. — Coecum und Dünndarm kommen nicht zum Vorschein; Magen etwas dilatiert und descendiert; Leber und Gallenblase normal. Sehr viel klebrige, ascitische Flüssigkeit, grünlich, mit sulzigen Fetzen vermischt. — Es gelingt teils schneidend, teils stumpf präparirend und unter mässiger Blutung, den umschnittenen Hautlappen von seinen Adhäsionen zu trennen, und darauf durch seitlichen Druck den unverkleinerten Tumor herauszuwälzen. Schritt für Schritt werden dann die Adhäsionen mit der seitlichen Bauchwand, Netz und Colon transversum stumpf abgelöst. An einigen Stellen tritt der Darm sehr nahe heran, Der grösste Teil des Netzes muss vorläufig mit einer Gummiligatur unterbunden und unter Bestehenlassen eines sehr grossen peripheren Stückes am Tumor durchtrennt werden. Da die Blutung aus den freien Adhäsionsenden sehr unbedeutend ist, so wird der Tumorstiel aufgedreht und durch 5 Seidenligaturen unterbunden, abgeschnitten

und verkohlt — keine Blutung. Beiderseits werden die provisorisch unterbundenen, am Mesocolon sitzenden Netzreste durch aneinander gelegte Seidennähte unterbunden, reseciert und verkohlt. Ferner wird jeder einzelne Adhäsionsstrang ebenso versorgt. Bisher ist kaum ein Esslöffel Blut verloren gegangen. Im Peritoneum der linken seitlichen Bauchwand entdeckt man kleine, sehr harte, nicht zu deutende Knoten, etwa wie kleine Lymphdrüsen mit zuführenden Strängen; nach tiefer Anlegung von vier Seidennähten, die noch nicht geknotet werden, wird die ganze, etwa 7 cm lange und 4 cm breite Partie exstirpiert und gehörig vernäht. Rechterseits wird noch eine zwischen Peritoneum und Muskel sitzende kleine herniöse Ausstülpung exstirpiert. Bei der Betrachtung des Tumorstumpfes sieht man noch central eine minime Blutung, die durch Umstechung gestillt wird. Peinlichste Toilette des Peritoneums mit Sublimatschwämmen, bis die Bauchhöhle absolut trocken ist. Schluss der Bauchwunde mit Silberdraht und Seide. Der Bürzel am Ende der resecierten Partie im linken Peritoneum parietale wird in die Bauchwunde genäht und verbrannt. Dauer der Operation 2 Stunden.

Anatomische Diagnose des Herrn Prof. v. Recklinghausen: Gewöhnliches Adenoma ovarii ohne Papillom. — Die Cyste rechts aus der Unterbauchgegend, welche für eine Hernie gehalten und exstirpiert wurde, erweist sich als Urachuscyste; sie sitzt subperitoneal, mitten im Lig. vesical med. und hat ein niedriges, vielleicht cylindrisches Epithel. — Die Knötchen, welche samt einem Stück Peritoneum parietale links entfernt wurden, sind gewöhnliche peritonitische Verdickungen.

Reconvalescenz. 19. I., nachmittags 4 Uhr. Patientin schläft viel, klagt gar nicht. Puls regelmässig, ruhig, 72. Temperatur 37°,6. Urin spontan; kein Blutabgang.

20. I. Patientin hat ohne Morphium ein paar Stunden sehr gut geschlafen. Schmerzen sehr mässig. Kein Erbrechen. Patientin nimmt Thee und Cognac mit Wasser. Puls ruhig, regelmässig, 78. Temperatur morgens 37°,3, abends 37°,9. Urin spontan, klar.

21. I. Nachts viele Stunden ohne Morphium gut geschlafen. Blähungen gehen ab. Keine Schmerzen. Abdomen weich, nicht vorgetrieben; Verband trocken. Patientin nimmt Brühe, Thee, Vichy. Puls ruhig, regelmässig, 72. Temperatur morgens 37°,2, abends 37°,1.

23. I. Ganz reactionsloser Verlauf, ohne Schmerzen, ohne Fieber. Puls morgens 70, abends 74. Temperatur 37°,2. Patientin nimmt Milch, Thee, Kaffee, Wein, Bouillon. Heute gegen Abend bekommt Patientin spontan einen geformten, weichen Stuhl. Darauf wird ihr ein Klysma von Kamillenthee appliciert; darauf noch ein Stuhl.

26. I. Bisher immer vortreffliches Befinden. Puls zwischen 70 und 80. Temperatur steigt nicht über 37,0. Patientin geniesst heute zum ersten Male etwas Weissbrod, da sie Geflügel nicht nehmen will.

28. I. Erster Verbandwechsel. Sämmtliche Nähte werden entfernt, da die Wunde ganz reactionslos und per prim. intent. verheilt ist. Gutes Allgemeinbefinden. Temperatur dauernd normal. Patientin geniesst Fleisch.

31. I. Patientin steht auf. Gutes Befinden. Vorgestern auf Einlauf zwei copiöse Stühle.

6. II. Narbe fest verheilt. Keine Hernie; keine Beschwerden. Stuhl geregelt. Patientin ist den ganzen Tag ausser Bett und wird heute geheilt entlassen.

Hier wurde bei einer relativ noch sehr rüstigen Frau operirt, doch hatte sie auch eine äusserst schwierige langdauernde Operation auszuhalten, die nicht gerade erleichtert wurde durch die narbige Schrumpfung nach dem schon vor 6 Jahren stattgehabten Versuch der Exstirpation. Der Tumor, eine gewöhnliche, nicht papillomatöse Eierstockgeschwulst mit den grossartigsten Verwachsungen an Peritoneum, Omentum und Darm, war recht interessant compliciert durch den persistierten und cystisch erweiterten Urachus. Es wurde ein erstaunlich geringer Blutverlust erzielt.

Die Reconvalescenz verlief durchaus fieberfrei und ohne jede Störung. Die Patientin erbrach gar nicht während derselben und liess den Urin von Anfang an spontan. Die Wunde heilte per primam. — Die Frau, welche vom 14. bis 29. Juli 1887 an einer leichten Pneumonie in der hiesigen medicinischen Klinik behandelt wurde, lebte noch Ende 1889 und befand sich vollkommen wohl.

Als

fünften Fall

führe ich die schon oben [1]) citierte, von Scheele mitgeteilte Exstirpation eines doppelseitigen Carcinoma

[1]) pag. 11.

ovarii an einer 61jährigen Person an. Die Patientin war eine sehr schwächliche, von Schmerzen geplagte Frau, bei der Ascites, linksseitiges Pleuraexsudat und Oedem an den Maleolen constatiert wurde; bezüglich des Tumors selbst konnte nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt werden. Die Operation, besonders des linken Tumors, der vollkommen in das Mesenterium des Flexura sigmoidea hineingewachsen war, verlief äusserst schwierig und langwierig. Es bestanden zahlreiche Metastasen an Peritoneum, Dünndarm und Milz, sowie Implantationen im Douglasschen Raume. Durch letzteren wurde ein dicker Glasdrain in die Scheide geführt, der aber bald wieder entfernt werden konnte. Die Blutung war verhältnissmässig gering.

Die Reconvalescenz verlief im Ganzen ohne erhebliche Störung; nach der Operation erbrach die Patientin mehrmals; der Urin erfolgte immer spontan. Eine sehr kurz dauernde Temperaturerhöhung auf 39,0 am Tage nach der Operation ist wohl auf Resorption von unzersetzter Flüssigkeit in der Bauchhöhle zurückzuführen. — Eine schon vor der Operation bestandene Bronchitis exacerbierte während der Reconvalescenz [1]) und verursachte durch reichliches Husten der Patientin Beschwerden, sowie eine Durchfeuchtung des Verbandes; auch ein mässiges Fieber stellte sich ein. Doch verschwand letzteres und auch der Husten unter entsprechender Behandlung schon nach kurzer Zeit wieder. Die Wunde war per prim. geheilt. Die Patientin wurde etwa 4 Wochen nach der Operation bei bestem subjectiven Befinden entlassen; die Carcinomknoten des Paritoneum liessen sich zwar nachweisen, doch war weder Ascites, noch Hydrothorax, noch auch Oedem der untern Extremitäten vorhanden. Nach 5 Monaten

[1]) cfr. pag. 17—18.

guten Befindens stellten sich die Recidive ein, denen die Patientin erlag. Des Weiteren habe ich den Fall schon oben gewürdigt.

Sechster Fall.

Katharina **Peter**, fast 60 J. alt, Hausfrau von Königshofen.

Tag der **Aufnahme** in die Klinik: 1. XII. 1888.

Anamnese: Familienanamnese ergiebt nichts von Belang. Patientin selbst war nie krank. Sie wurde in ihrem 18. Lebensjahre zum ersten Male menstruiert; Menstruation trat regelmässig alle vier Wochen, mässig stark, 3 bis 4 Tage dauernd, ohne jegliche Beschwerden auf. In ihrem 29. und 31. Jahre machte Patientin normale Geburten und Wochenbetten durch und nährte ihre Kinder selbst. Letzte Regel vor ungefähr 10 Jahren. Vor 6 Wochen erst bemerkte Patientin, dass der Leib aufgetrieben und fest sei; anfangs beachtete sie das nicht weiter, begab sich aber vor vier Wochen, da der Leib jetzt schnell dicker wurde, zu einem Arzte. Da eine Besserung nicht eintrat, kommt Patientin zur Aufnahme in die Klinik.

Status præsens: Eine grosse, starkknochige, greisenhaft aussehende Frau, extrem abgemagert, ziemlich kachektisch. Haut welk, gelblich. Anämie. Keine Oedeme. Kein Fieber. Puls regelmässig, weich, ziemlich klein, 100, arteriosklerotisch. Emphysema pulmonum verdeckt die Herzdämpfung fast völlig. Herztöne rein. Untere Lungengrenze vorn rechts an der VII. Rippe; kein Hydrothorax. Atemgeräusche normal; keine Dyspnoe.

Abdomen stark aufgetrieben, besonders in den abhängigen Partien, wo mässiger Ascites nachweisbar ist. Umfang 90 cm. Die Bauchhaut zeigt zahlreiche Mollusca und Warzen, sie ist durch Jodpinselungen oberflächlich atrophiert und im Ganzen sehr dünn, gespannt. In beiden Regiones iliacæ undeutliche Resistenz und Schmerzhaftigkeit. Urin spontan, etwas trüb, aber ohne Eiweiss. Stuhl angehalten. Milz nicht nachweisbar; Leber um 1 Querfinger in die Höhe geschoben.

3. XII. **Innere Untersuchung** in Narkose und zum Theil in Suspension, dieselbe verläuft ohne Störungen. Uterus sehr klein, altersatrophisch, beweglich, liegt ziemlich gestreckt nach hinten. Durch kurze und derbe, breite Stränge stehen mit ihm zwei knollige, etwa doppelt faustgrosse, wenig bewegliche Tumoren in Verbindung, die als **Carcinome der Ovarien** angesprochen werden.

Vom 4. XII. an wird Patientin in üblicher Weise zur Operation vorbereitet.

8. XII. **Operation.** Temperatur vor derselben 36°,6. — Morphium, Chloroformnarkose; letztere bleibt ungestört. — Schnitt in der Linea alba vom Nabel bis 2 Querfinger über die Symphyse. Bauchdecken sind sehr dünn, fettarm, mässig blutend; Mm. recti eng anliegend; Peritoneum hyperämisch, dünn. Sehr viel braungelber Ascites ohne feste Bestandtheile. Därme, gut entleert, drängen sich vielfach in den Schnitt und müssen mit warmen Handtüchern zurückgehalten werden. Uterus atrophisch, retrovertiert. Beide Ovarien zu teils cystischen, teils papillären Geschwülsten verwandelt; das rechte zwei mannsfaust-, das linke über kindskopfgross. Das rechte, zuerst eventriert, ist nur mit einem brüchigen Strang am linken adhärent; Stiel, sehr kurz und sehr derb, wird mit 2 Ligaturen unterbunden, Keine Blutung bei der Durchschneidung. Auch die Tube ist mit papillären Wucherungen besetzt. Das Ovarium sinistrum ist im Douglas ringsum ausgebreitet und sehr fest adhärent; ebenso an der hintern Uteruswand. Es lässt sich unter Zerplatzen zahlreicher Cysten mit klarem Inhalt erst eventrieren, nachdem die Adhäsionen im Finstern ziemlich gewaltsam gelöst sind. Darauf entsteht, während der kurze, derbe Stiel rasch doppelt unterbunden und durchtrennt wird, eine sehr bedeutende, offenbar venöse Hämorrhagie im Douglas, deren Ursprungsstelle nicht zu finden ist. Doppelte Umstechung im Lig. latum sin., wo man die Vene vermutet, helfen nichts; der Puls wird etwas schwach. Endlich sieht man einen fast rabenkieldicken venösen Blutstrom continuirlich aus der hinteren Uteruswand auslaufen. Eine Umstechung stillt die Blutung und der Puls wird wieder gut. Abbrennen und Desinficieren der Stiele. Der ungemein tiefe Douglas auf's Genaueste gereinigt; Därme genau reponiert. Beim Ausbreiten des grossen Netzes über dieselben sieht man dieses durchweg mit zahllosen, kleinen Papillomknötchen besäet. Ein Stück des Netzes wird zur Untersuchung abgebunden. Schluss. Verband. Dauer der Operation: 40 Minuten.

Anatomische Diagnose des Herrn Prof. v. Recklinghausen: Papillom beider Ovarien, durchgebrochen. Die Knötchen im Netz sind keine Papillome, sondern einfach chronische Verdickungen (Peritonitis chronica).

Reconvalescenz. 8. XII., Nachmittags 4 Uhr. Patientin hat prophylaktisch zwei Bordeaux-Wein-Klystiere bekommen, die sie gut vertrug. Puls durchaus kräftig, regelmässig, 112. Temperatur 36°,6 Klagen über Schmerzen im Leib, der nicht aufgetrieben. Urin per Katheter.

9. XII. Patientin hat mit Morphium wenig geschlafen, klagt hauptsächlich über Durst. Zunge ungemein trocken. Puls kräftig, 126.

Temperatur morgens 37°,3, abends 37°,7. Urin spontan. — Zwei Weinklystiere im Laufe des Tages. Eismilch.

10. XII. Patientin wird von Blähungen, die nicht abgehen, sehr geplagt und hat nachts ein Mal gebrochen (Schleim). Puls morgens 122, abends 128. Temperatur morgens 37°,6, abends 38°,0. Dreistündlich bekommt Patientin ein Weinklystier. Abends 5 Uhr gehen auf einen Kamillentheeeinlauf reichlich Blähungen ab, worauf grosse Erleichterung eintritt.

11. XII. Patientin schläft viel, befindet sich gut. Puls 112. Temperatur morgens 37°,0, abends 37°,6.

12. XII. Status idem. Puls morgens 106, abends 114. Temperatur morgens 37°,0, abends 37°,5.

18. XII. Drang zum Stuhl. Ein sehr dicker harter Fäcalknoten geht auf einen Einlauf nicht ab und muss mechanisch entfernt werden. Gutes Befinden. Heute sämtliche Nähte entfernt; **Reunio per prim. int.** Temperatur morgens 36°,8, abends 37°.3.

19. XII. Auf Einlauf sehr harter, copiöser Stuhl. Gutes Befinden. Temperatur 36°,9.

27. XII. Nach mehrfachen Einläufen und Ol. Ricini gestern zwei kopiöse Stühle. Patientin steht auf, sie ist noch sehr schwach und mager und muss gefüttert werden. Temperatur morgens 36°,8, abends 37°,4.

24. I. 1889. Patientin hat sich ausserordentlich erholt und verlässt heute die Klinik.

Auch diese Patientin war stark abgemagert und kachektisch. Die Tumoren, zwei Papillome, waren zwar durchgebrochen, hatten jedoch noch keine bedeutenderen Metastasen gemacht, indem die bei der Operation als kleine Papillome imponierenden Knötchen des Netzes anatomisch nur als peritonitische Verdickungen sich erwiesen. Die Exstirpation des linken, fest im Douglas sitzenden Tumors war recht schwer und verursachte durch die im Finstern vorgenommene Lösung der Verwachsungen eine Blutung, welche Schwächerwerden des Pulses im Gefolge hatte. Indessen wurde derselbe nach Umstechung der schuldigen Vene bald wieder gut.

Die Reconvalescenz verlief ungestört. Eine sehr schnell vorübergehende Temperaturerhöhung auf 38°,0

am zweiten Tage nach der Operation kann man entweder als aseptisches Resorptionsfieber oder als eine Folge verhaltener Blähungen auffassen, ist aber jedenfalls ohne allen Belang. Die Wunde heilte per primam intentionem. Die Patientin, in der ersten Zeit noch sehr schwach, erholte sich bei guter Pflege ausserordentlich und wurde 7 Wochen p. o. aus der Klinik entlassen. Mitte October 1889 wurden Recidive bei ihr constatiert, doch war ihr Befinden damals noch kein übles.

Die Patientin verdankt also der Operation wenigstens 9 Monate einer von Schmerzen und Beschwerden freien Lebenszeit. Indessen können wir diesen Fall dem vorigen und unsern früheren, an den letzteren angeknüpften Betrachtungen doch insoferne nicht ganz anreihen, als im vorliegenden Falle nur sehr geringe Metastasen (an der Tube) vorhanden waren, daher die Exstirpation hier wohl bestimmt indiciert erscheinen musste, und auch das Auftreten des Recidivs nicht, wie in jenem Falle, mit so positiver Gewissheit angenommen zu werden brauchte. Es liegt wohl am Nächsten, die Entstehung des Recidivs auf zurückgebliebene Reste des im Douglas so fest adhaerent gewesenen linken Tumors oder auf regionäre Metastasen desselben zurückzuführen, so dass dieser Fall in etwa mit dem oben[1]) angeführten von Spencer Wells in Parallele gesetzt werden kann.

Als diese Arbeit schon fast vollendet war, wurde von Herrn Prof. Freund noch eine Operation ausgeführt, die wir als

siebenten Fall

kurz erwähnen wollen. Er exstirpierte nämlich am 16. XII. 1889 einer 63jährigen Frau mit bedeutendem Emphysema pulmonum senile, bei der ferner auch Ascites

[1]) Pag. 8.

und Oedem nachzuweisen war, einen sehr grossen, soliden, vollkommen subserös entwickelten und kurzgestielten, linksseitigen Ovarientumor, welcher der Patientin grosse Beschwerden verursachte. Die Operation sowie auch die Narkose verlief vollkommen ungestört; Patientin hat nach derselben nicht gebrochen und befand sich auch am folgenden Tage völlig ohne Fieber und Beschwerden. Der weitere Verlauf der Reconvalescenz bleibt abzuwarten. Die Geschwulst wurde als einfaches Fibroma ovarii diagnosticiert.

Resumieren wir die angeführten Ovariotomien, so erhalten wir endstehendes schöne Resultat, das vollkommen geeignet ist, zu zeigen, wie weitgehende Indicationen — absolute könnte man sie fast nennen — heute für die Ovariotomie sowohl im Allgemeinen, als auch speciell bei Greisinnen berechtigt sind, und wie viel man durch diese Operation, selbst in verzweifelten Fällen, noch zu erreichen vermag.

Zum Schlusse genüge ich noch der angenehmen Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Freund, für die Ueberlassung des Themas und der Krankengeschichten, sowie Herrn Dr. H. Freund, erstem Assistenzarzte an der hiesigen Universitäts-Frauenklinik, für das mir erwiesene freundliche Entgegenkommen verbindlichsten Dank abzustatten.

		such.	und Colon werden teils scharf, teils stumpf gelöst. Stiel, $2^1/_2$ Mal spiralig gedreht, wie bei 1.		reichte die Temperatur mit 37,9 ihr Maximum, vielleicht geringes, aseptisches Resorptionsfieber.	Befinden.
5.	Carcinoma ovarii duplex.	61 Jahre. (Scheeles Fall.)	Aeusserst schwierige, 2 Stunden währende Ovariotomia duplex. Der linksseitige Tumor muss aus dem Mesenterium der Flexura sigmoidea ausgeschält werden. Geringe Blutung. Zahlreiche Metastasen am Darm und Peritoneum, sowie „Implantationen“ im Douglas werden zurückgelassen. Drainage des letzteren. Stiel wie bei 1.	Einmalige Durchfeuchtung des Verbandes infolge vielen Hustens. Heilung der Wunde per primam intentionem.	Ohne erhebliche Störung. Urin von Anfang an spontan. Am 1. Tage p. o. geringes aseptisches Resorptionsfieber. Am 6. Tage p. o. schnell vorübergehende Exacerbation einer alten Bronchitis, infolge derselben mässiges, kurzdauerndes Fieber.	Nach 5 Monaten guten Befindens Recidive.
6.	Durchgebrochenes Papillom beider Ovarien.	Fast 60 Jahre.	Ziemlich schwierige Ovariotomia duplex. Sehr feste Adhaesionen im Douglas und am Uterus. — Erhebliche venöse Hämorrhagie, infolge deren schnell vorübergehende Pulsschwäche. Stiel wie bei 1.	Ohne Reaction und per primam intentionem.	Ungestört. Am 2. Tage p. o. unbedeutendes, kurzes Resorptionsfieber. Patientin, anfangs schwach, erholt sich sehr gut.	Mitte October 1889, 9 Monate p. o., wurden Recidive constatirt; doch machten sie noch keine erheblichen Beschwerden.
7.	(Fibroma ovarii.)	63 Jahre.	Der Tumor sitzt vollkommen subserös und ist sehr kurz gestielt.	—	Nach der Operation kein Erbrechen; am folgenden Tage gutes Befinden. Der weitere Verlauf bleibt abzuwarten.	—

Nr.	Pathologisch-anatomische Diagnose	Alter d. Pat.	Operation	Wundverlauf	Reconvalescenz	Bemerkungen.
1.	Einfaches Cystovarium.	66 Jahre.	Ohne Besonderheiten. Stiel unterbunden, verkohlt, desinficiert, versenkt.	per primam intentionem, völlig reactionslos.	Ungestört, vollkommen fieberlos.	Ende 1889, über 1 Jahr nach der Operation, noch gesund.
2.	Flimmercyste und Fibrom des gleichseitigen Ovariums.	78 Jahre.	Ohne Besonderheiten. Sehr feste Adhaesionen werden stumpf gelöst. Stiel wie bei 1.	per primam intentionem, vollkommen reactionslos.	Ungestört. Schnell vorübergehende geistige Erregtheit am 5. Tage p. o.	Ende 1889, fast $\frac{1}{2}$ Jahr nach der Operation, vollkommen gesund.
3.	Flimmercyste.	63 Jahre.	Ohne Besonderheiten. Stiel wie bei 1.	Per primam intentionem, ohne jede Reaction.	Ungestört und fieberlos. Am 2. Tage p. o. Belästigung durch verhaltene Blähungen. Urin von Anfang an spontan. — Nach der Entlassung, 5. Woche p. o., heftiger Darmkartarrh mit. Icterus infolge ungeeigneten Verhaltens. Schnelle Erholung in der Klinik.	Ende 1889, über 2 Jahre nach der Operation, noch ein ausgezeichnetes Wohlbefinden.
4.	Adenoma ovarii ohne	69 Jahre. Vor	Aeusserst schwierige Operation. Dauer derselben	Völlig reactionslos und	Völlig ungestört und fieberlos; Urin von An-	$\frac{1}{2}$ Jahr p. o. leichte Pneumonie. Ende 1889,